This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

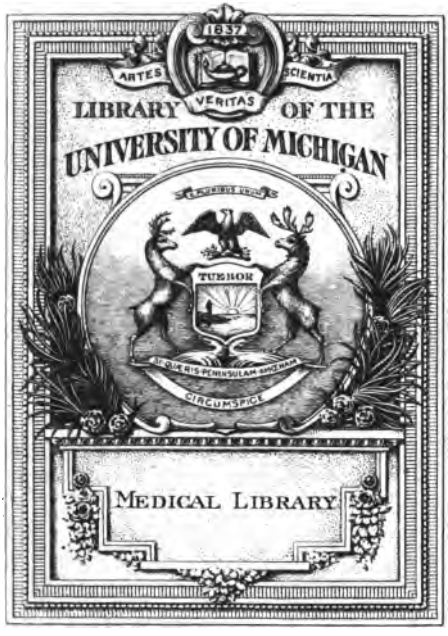
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

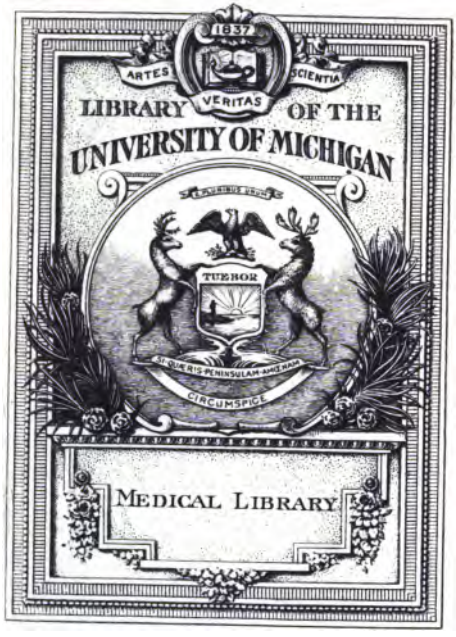
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

610.5
R46
M51E
1839
v.1


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

610.5
R46
M515
1839
v.1

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

1839.—TOME I.

COLLABORATEURS.

MM.

Amussat, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine.

Bayle, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Bell, D. M. P., ancien Interne des hôpitaux et vice-président de la Société anatomique de Paris.

Belmas, D. M. P., ancien chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Blaud, D. M. P., Médecin en chef de l'hôpital de Beaucaire (Gard).

Bouchacourt, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Chauvin, D. M. P. à Sion (Loire-Inférieure).

Corby, D. M. P., ancien Chef de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Cruveilhier, Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

Delens, D. M. P., ancien Inspecteur général des études, membre de l'Académie royale de médec.

Esquirol, Médecin en chef de Charenton, membre de l'Académ. royale de médecine.

Ferrand de Missol, D. M. P.

Gibert, Docteur et Agrégé de la Faculté de médecine, et Médecin des hôpitaux de Paris.

Lagasquie, D. M. P., membre de la commission médicale d'Égypte en 1828, 29 et 30.

Martinet, D. M. P., Agrégé libre de la Faculté de médec. de Strasbourg.

MM.

Martins, D. M. P., ancien Aide-naturaliste de la Faculté de médecine de Paris.

Nonat (Auguste), Médecin du bureau central des hôpitaux, membre de la Société de médecine de Paris.

Prus, Médecin de l'hospice de Bicêtre, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris.

Raynaud, D. M. P.

Récamier, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Reveillé-Parise, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine.

Ribes père, D. M. P., membre de l'Académie royale de médecine, Médecin de l'hôtel des Invalides.

Risueno d'Amador, Professeur à la Fac. de médec. de Montpellier.

Rozier, D. M. P., membre du Jury médical et Médecin en chef de l'Hôpital-Gén. de Rhodez (Aveyron).

Séguin, D. M. P.

Velpeau, Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Vergez, D. M. P. à Châteaubriant (Loire-Inférieure).

Vignolo, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Virey, membre de l'Acad. royale de médecine.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGERE,

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA

MÉDECINE HIPPOCRATIQUE,

PAR J. B. CAYOL,

Chevalier de la Légion-d'Honneur, ancien Professeur de Clinique médicale de la Faculté à l'hôpital de la Charité de Paris, Médecin consultant de l'Institution royale des Jeunes-Aveugles et de l'Infirmerie Marie-Thérèse, Membre de la Société de médecine pratique de Montpellier, de la Société royale et de la Société académique de médecine de Marseille, de l'Académie des sciences médicales de Palerme, etc.

1839.—Tome Premier.

PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,

RUE SERVANDONI, 17, HOTEL DE LA MAIRIE.

1839.

L'histoire de la médecine au dix-neuvième siècle dira le bien qu'a fait ce journal (la *Revue médicale*), par la force de son opposition aussi généreuse que décente.

BÉRARD, *Esprit des doctrines médic.*, p. 144.

PARIS, IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON,
36, Rue de Vaugirard.

REVUE MÉDICALE.

Med-Fee
Gottschalk
9-19-27
15372

(Janvier 1839.)

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

INTRODUCTION

A L'ÉTUDE DES SCIENCES MÉDICALES;

Par M. P.-J.-B. BUCHEZ, D.-M.-P.,

L'un des auteurs de l'*Histoire parlementaire de la révolution française*, auteur de l'*Introduction à la science de l'histoire*, ex-rédacteur en chef du *Journal des progrès des sciences et institutions médicales, etc.* (1).

Cette introduction à l'étude des sciences médicales ne doit pas être confondue avec un de ces exposés de généralités qui se rencontrent dans la plupart de nos traités scientifiques. Il s'agit, dans cet écrit, de tout autre chose que de quelques considérations préliminaires, servant à coordonner les matières d'un enseignement spécial. C'est un travail plus vaste et plus étendu que nous annonçons. L'auteur y aborde les grands problèmes, trop dédaignés de nos jours, de la philosophie des sciences. Nous ne saurions mieux énoncer

(1) Leçons orales professées à Paris, dans l'École auxiliaire de médecine de M. Sanson, recueillies et rédigées par M. le docteur Belfield-Lefèvre, un vol. in-8° de 250 pages très-compactes. — Prix, 3 fr. 50 c. Chez Éveillard, éditeur, rue Serpente, n. 7, et chez Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, n. 13.

les matières qui y sont traitées et discutées qu'en présentant cette introduction comme une appréciation approfondie et neuve du but, de la méthode, des moyens de certitude, des lois de développements et de progrès de la science en général et des sciences médicales en particulier.

Il faut que nos lecteurs puissent juger, par eux-mêmes, de l'importance de ce travail. Pour cela, nous nous bornerons à une analyse rapide de chacune des leçons dont il se compose. Quand il s'agit de problèmes si élevés et si difficiles, il vaut mieux se contenter de les énoncer qu'entreprendre de les discuter; car, pour les discuter convenablement, il faudrait reproduire le travail tout entier. Les lecteurs, une fois éclairés sur l'opportunité des questions soulevées par l'auteur, pourront recourir à l'ouvrage lui-même, qui leur offrira d'ailleurs une riche moisson d'idées nouvelles et fécondes.

Dans la première leçon, M. Buchez s'occupe de donner de la science une définition exacte. Après avoir prouvé que toute faculté active de l'homme doit être définie par son but, il montre que la science a pour but de prévoir. Il établit quels sont les divers degrés de prévision scientifique; il détermine quelle est, sous ce rapport, la position de chacune des branches des sciences naturelles. Il fait voir ensuite, par l'histoire de l'origine et des principales révolutions de chacune d'elles, non-seulement qu'elles sont sorties du besoin de prévoir, mais encore quelle est la loi de leur avancement. Enfin, il déduit de la définition précédente la fonction sociale de la science et du savant. Il montre que le but de la science étant de prévoir, c'est-à-dire en dehors d'elle-même, il s'ensuit que l'œuvre de tout savant véritable est essentiellement une œuvre de dévouement à la société. Ainsi, la morale se

trouve affirmée comme une condition même de la science et comme une conséquence rigoureuse des généralités du sujet. On ne saurait contester, de nos jours, l'opportunité d'une pareille affirmation.

La deuxième leçon est consacrée à l'examen approfondi des constructions encyclopédiques, du but et des fonctions d'une encyclopédie digne de ce nom. L'auteur y démontre comment toutes les encyclopédies modernes ne sont autre chose que des méthodes artificielles de classifications des sciences, et par conséquent qu'elles sont stériles au lieu d'être fécondes. Il y expose les trois doctrines philosophiques qui se disputent le terrain de la science. Ces trois doctrines sont le matérialisme, le panthéisme et le spiritualisme, qui peuvent à la rigueur se réduire à deux; car, ainsi que l'auteur le démontre un peu plus loin, la doctrine panthéistique est toujours, en science, réductible à une doctrine purement matérialiste. C'est donc la valeur encyclopédique des deux doctrines opposées, le matérialisme et le spiritualisme, que l'auteur examine avec autant de sagacité que de profondeur. Il établit la nécessité d'admettre une cause première et une création pour construire une encyclopédie. Il y donne une esquisse d'un véritable système encyclopédique, après avoir déterminé les trois ordres de forces créées qui président aux diverses manifestations du monde phénoménal, et qu'il désigne par les noms de *forces circulaires*, *forces sérielles*, et *forces libres* ou *spirituelles*. Cette leçon jette un jour nouveau sur les moyens d'invention dans les sciences.

La troisième leçon traite de la certitude. Sans certitude, l'acte est impossible. Aussi tous les philosophes ont cru devoir établir, avant toute chose, les fondements de la certitude humaine. L'auteur expose et critique les trois opinions

principales qui ont été émises sur cette importante matière. Il démontre que la certitude scientifique et la certitude morale sont identiques. Il réfute la doctrine des sensualistes, celle des éclectiques, toutes les doctrines, en un mot, qui envisagent l'homme comme quelque chose d'absolu. Il affirme que la révélation est le principe absolu de toute certitude. Il établit que la morale, qui est révélée et antérieure à toute action humaine, constitue le *criterium* absolu des conceptions scientifiques. Il termine sa leçon en appliquant la morale comme criterium aux doctrines cosmogoniques, astronomiques, zoologiques, etc. Ainsi résolu, le problème de la certitude engendre une question de méthode que l'auteur examine dans la leçon suivante.

Les phénomènes sont divers et successifs. Il existe entre eux un rapport général et constant. L'étude des rapports entre les phénomènes fait découvrir la loi de leur succession et celle de leur engendrement. M. Buchez démontre que les grandes découvertes n'ont pas été autre chose que le résultat de l'étude de ces rapports. Pour cela, il faut que deux méthodes soient successivement employées : la méthode dite d'invention, et la méthode dite de vérification. L'auteur apprécie l'importance de chacune de ces méthodes et leur valeur dans les travaux scientifiques. Il donne sur l'hypothèse des notions qu'il serait bon de répandre. Il examine ensuite les moyens de vérification, tels que l'observation directe, l'expérimentation, la statistique, le calcul des probabilités, etc. Cette leçon doit être méditée par tous ceux qui désirent voir disparaître la confusion qui règne dans la langue, touchant la valeur des mots *synthèse* et *analyse* dont on abuse si souvent.

L'examen des méthodes devait conduire à l'appréciation

des institutions scientifiques, dont le but doit être de faciliter les découvertes, l'enseignement et les applications. La cinquième leçon est consacrée tout entière à la critique des institutions qui représentent en France les sciences médicales, et à la détermination des réformes que le perfectionnement désiré de ces sciences rend nécessaires. Cette partie de la leçon doit être étudiée par les hommes qui sont appelés, dans la session qui vient de s'ouvrir, à éclairer le public, les chambres et le gouvernement, sur la meilleure manière de répondre, par une bonne loi de réorganisation de la médecine, aux besoins de réforme qui sont généralement sentis. Ici, M. Buchez quitte les hautes régions de la philosophie pour approfondir et résoudre une question de réalisation pratique, qui touche immédiatement aux préoccupations du moment. C'est, en un mot, une question à l'ordre du jour.

Maintenant que nous avons indiqué les matières traitées dans le volume que nous annonçons, nous nous abstenons de tout jugement. Qu'il nous suffise d'avoir appelé l'attention de nos lecteurs sur un écrit que nous croyons très-utile, et plus utile aujourd'hui que jamais. A eux le soin de le méditer et de le juger (1).

Dr L. Cerise.

(1) En attendant que nous ayons pu méditer et juger cet ouvrage, qui ne nous est connu jusqu'ici que par la rapide analyse du Dr Cerise, nous dirons que l'auteur des *Leçons orales, professées à l'École auxiliaire de médecine*, publie en ce moment un *Traité complet de philosophie, réformée du point de vue catholique*, dont le premier volume a dû paraître ces jours derniers. Voilà, certes, un fait éclatant, qu'il nous appartient de proclamer, à nous qui depuis quelque temps déjà avions signalé ce mouvement des esprits dans la jeunesse médicale, cette réaction spiritualiste, en dehors de l'école officielle qui ne paraissait pas s'en douter, et qui se traînait encore dans les vieilles ornières du matérialisme scientifique (*voir* entre autres, dans la *Revue médicale*, le t. I de 1830, p. 5, et le t. III de

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

COUP-D'OEIL
SUR LES PROGRÈS DE LA CHIRURGIE EN 1838.

INTRODUCTION.

L'année qui vient de s'écouler a vu paraître un bon nombre de travaux, dont la chirurgie considérée comme art ou comme science aura dû profiter. Notre but dans cet article n'est pas de les reproduire tous, pas même de les rappeler d'une manière analytique et succincte : ce serait nous exposer au double inconvénient d'ennuyer nos lecteurs et de faire une œuvre inutile ; mais il y aura peut-être de l'intérêt à rechercher quelle influence ils auront exercée, ces travaux, sur les progrès de la chirurgie pratique, quel jour ils auront jeté sur un certain nombre de questions long-temps débattues.

A une époque où il est si souvent parlé de progrès et d'avancement de la science, il serait bon de se replier de temps en temps sur le passé pour distinguer le vrai du faux, le neuf du vieux, et constater ainsi le véritable progrès, sans se laisser éblouir par ce qui n'en a que l'apparence. Hâtons-nous de le dire en commençant, dans cet aperçu analytique et critique on

1833, p. 345). Que les premiers effets de la réaction spiritualiste aient été des mouvements désordonnés, qu'ils aient produit le saint-simonisme et d'autres folies transitoires, il n'y a rien là qui doive surprendre, pour qui connaît la marche de l'esprit humain. Mais il est aisé de voir, et le dernier ouvrage du Dr Buchez en est une preuve, qu'à travers toutes ces aberrations, les intelligences les plus fortes convergent aujourd'hui vers la philosophie catholique. L'introduction de cette philosophie (plus ou moins bien comprise) dans une *Ecole auxiliaire de médecine*, institution neuve, toute brillante de jeunesse et d'avenir, n'est pas seulement une nouveauté remarquable : c'est un *progrès* réel, le seul, à vrai dire, que nous ayons à constater dans l'année qui vient de finir. Mais ce progrès est immense.

(N. R.)

ne trouvera pas, nous l'espérons, d'intention arrêtée d'avance de soutenir telle ou telle opinion, de défendre tel ou tel système, parce qu'il se rattache à tel ou tel nom, pas plus que de décrier une idée, une découverte, parce qu'elle se trouve ralliée à un autre drapeau; nous ne venons pas ici agiter des questions de noms propres, mais bien rechercher les faits de quelque valeur scientifique, et enregistrer toutes les découvertes de bon aloi, qui doivent nous rester comme un bien sûrement et consciencieusement acquis. Il faut avant tout être impartial et vrai.

C'est précisément pour cette raison, comme aussi pour l'honneur et la dignité de notre art, qu'il nous semble nécessaire de signaler tout d'abord une tendance qui devient si forte, si universelle, si contagieuse, que les esprits les plus droits et les plus énergiques ont de la peine à s'en défendre, je veux parler de la tendance à créer des *spécialités*. Que nous sommes loin de cette belle et simple généralisation d'Hippocrate, qui traitait également les affections chirurgicales et médicales, lui qui nous a légué pour les unes et les autres des préceptes impérissables! Ne vous semble-t-il pas que nous allons nous rapprochant sans cesse de ces époques reculées de l'art, où chaque maladie réclamait son médecin, et chaque opération son opérateur ou son artiste? On se croirait parfois à ce temps, où des hommes que Sylvaticus appelle *circulatores* parcouraient les villes et les campagnes, les uns trépanant, les autres opérant de la taille, ceux-là guérissant les hernies... La fièvre des *spécialités*, qui prend trop souvent sa source, il faut bien le dire, dans *l'auri sacra fames*, gagne de proche en proche; elle est aujourd'hui si grande qu'il arrivera sans doute un moment où chaque organe aura son médecin, ses cours, ses professeurs. Et du reste, ne sommes-

nous pas dépassés déjà dans cette supposition qui semble de prime-abord exagérée, puisque nous voyons annoncer des leçons sur une seule maladie... En vérité, l'on ne sait quand ni où l'on s'arrêtera dans cette voie. Est-ce bien par amour de l'art, après de mûres réflexions sur les difficultés de son étude et de son perfectionnement, est-ce bien avec le désir de contribuer plus activement, plus rationnellement au soulagement de l'humanité, qu'on se décide à concentrer toute une existence sur un sujet si rétréci, si isolé ? Il en devrait être ainsi pourtant, et il y aurait encore, dans cette favorable supposition, à rechercher si la pratique et la science y auraient à gagner, à voir si cette séparation, cette dissection du grand tout qui constitue l'art, est bien philosophique, et féconde en heureux résultats. Mais Dieu nous garde d'entrer dans une semblable discussion, de nous engager sur un terrain aussi glissant ; les susceptibilités augmentent, à mesure que l'intelligence se *spécialise* davantage : loin de nous la pensée de chercher à les blesser !

Mais, disons-le bien, ceci n'a pas pour but de déverser un blâme inconsidéré ou une critique amère sur des hommes honorables, ou sur de belles et utiles recherches ; les travaux de MM. Leroy, Amussat, Civiale, etc., pour les maladies des voies urinaires ; les leçons, les écrits et la pratique de MM. Sanson, Sichel, Cazron du Villards en ophthalmologie, des Itard, des Deleau pour les maladies de l'oreille, etc., seraient là pour répondre de l'utilité, je dirai presque de la nécessité de cette division de la chirurgie en plusieurs branches. Mais ce que nous devons énergiquement blâmer, ce sont les *spécialisateurs* ignorants, véritables industriels, sans autre mérite que le savoir faire, qui cherchent à monopoliser une idée, un fait chirurgical, ou une

partie quelconque de l'art, à la manière du gérant d'une entreprise en commandite. Professeurs improvisés, ils annoncent une série de leçons sur des sujets qu'ils n'ont jamais étudiés même superficiellement, empressés de se créer une réputation usurpée pour le traitement de maladies qu'ils ne connaissent souvent peut-être que de nom : et de ceux-là il s'en est vu bon nombre. Ce que nous blâmons, ce n'est donc pas la chose, mais l'abus, mais les moyens, mais cette adoption exclusive qui fait négliger complètement le reste de l'économie, les autres tissus, les autres organes malades pour aller saisir cette maladie que l'on recherche, comme une véritable proie, au travers de l'organisme qui dès ce moment semble n'être plus rien. Est-ce là de la bonne pratique chirurgicale, de la chirurgie vraiment utile, vraiment curative ? Ne mériterait-elle pas alors un autre et bien triste nom ?

Encore une fois, et qu'on ne s'y trompe point, ce que nous trouvons mauvais, ce n'est point la tendance à spécialiser, en elle-même, puisqu'elle est nécessaire, innée à l'esprit humain, puisque c'est un résultat inévitable de sa faiblesse, qui ne lui permet pas de tout embrasser; mais nous pensons qu'il est licite de combattre les prétentions exagérées et ridicules de ceux qui veulent de toutes pièces, et à tout prix, se créer un nom et une fortune, au détriment du bon sens, du vrai talent, de la véritable science, sans le moindre respect pour la dignité d'une profession qu'ils outragent.

En étudiant de cette manière la marche et le développement de l'intelligence humaine dans une portion limitée des connaissances qu'il lui est donné d'embrasser, nous ne devons point passer sous silence une autre *spécialisation* qui, pour être moins tranchée, moins étroite, n'en est pas moins

réelle ni moins funeste; je veux parler de la séparation qu'on fait si souvent dans la pratique et la théorie, mais surtout dans la pratique, de la médecine et de la chirurgie. Cependant, à lire ce qu'on publie tous les jours, et l'on publie beaucoup, à entendre ce qu'on dit et répète à tous les instants, on doit, ce semble, être grandement surpris de trouver encore cette délimitation étrange; or, elle est tout aussi tranchée, tout aussi manifeste de nos jours qu'à aucune autre époque.

On ne saurait se le dissimuler, à l'heure qu'il est, la chirurgie a une tendance trop matérielle, trop mécanique. L'invention et le perfectionnement des instruments, la découverte de nouvelles opérations, la préoccupent trop exclusivement; les recherches d'anatomie topographique ou de structure, indispensables sans aucun doute, l'absorbent tellement d'un autre côté, que la vie, l'organisation, l'influence réciproque des organes, le jeu des sympathies, l'enchaînement des fonctions, ne sont que rarement et à peine consultés. S'occupe-t-on beaucoup de préparer les malades aux opérations chirurgicales? traite-t-on suffisamment, avec soin et patience, l'estomac, les intestins, le poumon malades? S'inquiète-t-on assez du traitement consécutif, du régime, des médicaments, des objets de l'hygiène? ne semble-t-on pas toujours dire au malade comme A. Paré: je t'ai opéré, que Dieu te guérisse? Et les opérés succombent, et l'on s'écrie qu'ils étaient tuberculeux, pneumoniques, qu'ils avaient des phlegmasies chroniques, profondes, incurables, dans les intestins, ou ailleurs, un épuisement sans remède, etc. Mais étaient-elles nées d'hier ces maladies? Pourquoi n'y songer qu'après coup, et ne les prendre en considération que comme pièces justificatives? Les cliniques chirurgicales, que sont-

elles autre chose bien souvent, que des leçons de médecine opératoire et d'anatomie topographique? Que sont devenues les grandes vues thérapeutiques? qu'a-t-on donc fait pour oublier cette influence des maladies internes, des grandes fonctions, sur les maladies externes et les fonctions secondaires? Certes, sous tous ces rapports, nous ne sommes pas en progrès. Il est sans contredit de belles et d'honorables exceptions : grâces en soient rendues à quelques-uns de nos maîtres; mais la masse ne suit-elle pas cette voie étroite et retardataire? La chirurgie appelle donc encore de ce côté de grandes améliorations, de grands progrès. Elle y a d'autant plus de droits qu'elle a fourni elle-même largement à la médecine, et que les conditions de ce perfectionnement sont toutes trouvées, qu'elles existent sous la main de qui voudra les saisir : il suffit de les rassembler et de les rapprocher.

Et quelle autre époque semble, plus que la nôtre, favoriser cette union si philosophique, si féconde, si heureuse pour la pratique, de la médecine et de la chirurgie? L'une et l'autre acquièrent tous les jours un degré nouveau de certitude, toutes deux s'enrichissent à l'envi de faits, d'expérience et de découvertes. Les sciences naturelles et les sciences mathématiques leur donnent à pleines mains; la philosophie, et une philosophie sage, éclairée, de plus en plus large et élevée, leur fournit ses lumières; il suffit donc de rejeter quelques vieux préjugés, de faire un léger effort, de vouloir enfin.

Cependant, il faut bien s'entendre : quand nous parlons de cette union constante, nécessaire, de la médecine et de la chirurgie, nous ne voulons pas dire que les mêmes hommes devront exercer également l'une et l'autre; car on ne saurait

s'empêcher de reconnaître et d'admettre la nécessité d'une séparation entre la pratique de ces deux branches de l'art de guérir : dans les grandes villes surtout, cette séparation est indispensable ; mais est-ce un motif pour vouloir être chirurgien sans la moindre notion de médecine, par cette seule raison que l'on traite les affections appelées chirurgicales ? Faut-il être continuellement et exclusivement opérateur en face de maladies que les médicaments peuvent souvent guérir, aidés du régime, de la diète, et des ressources hygiéniques, qui ont bien, elles aussi, une grande puissance? Il faut sans cesse avoir présente à l'esprit cette pensée du père de la médecine : qu'avant le fer et le feu il est d'autres voies de guérison ; que les opérations ne sont à tout prendre que des moyens extrêmes, un pis-aller ; et qu'une vraie conquête pour la chirurgie, ainsi que le disait Louis, n'est pas d'avoir exécuté une brillante opération, mais d'avoir su l'éviter par un traitement sage et fait à propos. Dans ce coup d'œil analytique, cette dernière considération nous servira souvent de guide ; et les travaux, pour nous, auront d'autant plus de valeur, qu'ils rempliront mieux cette série de conditions, à savoir : l'utilité pratique, la simplicité dans les moyens, l'appréciation aussi exacte que possible des conditions locales ou générales de l'individu et des circonstances antérieures dans lesquelles il se sera trouvé ; l'éloignement de toute idée mécanique compliquée, d'un emploi difficile et restreint, etc... Telles sont nos données, tel est notre point de départ. Il ne dépendra pas de nous de les oublier : sous ce rapport nous aurons droit peut-être à l'indulgence, si ce n'est à l'intérêt et aux éloges de nos lecteurs.

CHAPITRE PREMIER.

Pathologie chirurgicale générale.

Les accidents graves qui accompagnent si souvent les grandes opérations, les amputations, par exemple, qui portent sur les portions les plus larges des membres, comme celles qui atteignent des membres ou des portions de membres plus étroites, les dangers qui s'ajoutent à la plupart des lésions traumatiques, soit primitivement, soit consécutivement, ont fait, cette année, le sujet de plusieurs recherches d'une grande importance, soit au point de vue de l'étiologie et du diagnostic, soit au point de vue de la thérapeutique. Nous pouvons spécialement rattacher à ce chef ce qui a été expérimenté et publié sur l'introduction de l'air dans les veines; les faits relatifs à l'emploi des affusions froides; de nouveaux travaux institués dans le but d'éclairer l'histoire de la phlébite, de la résorption ou diathèse purulente comme on l'a appelée; l'application de la chaleur artificielle au traitement des plaies d'amputation, à celles de toute autre nature, et à diverses maladies, par extension; toutes choses qui nous paraissent rentrer avec quelques autres accessoires dans ce qu'on pourrait appeler la pathologie chirurgicale générale.

I. — A toutes les époques de l'art, on avait observé de trop nombreux faits de mort presque subite dans le cours de certaines opérations chirurgicales. Il importait beaucoup d'en rechercher la cause, et on la trouvait tantôt dans l'hémorrhagie, tantôt dans l'épuisement des malades par l'excès des souffrances, tantôt dans la frayeur ou dans quelqu'autre émotion morale vive; quelquefois on l'attribuait à la syncope. Peu satisfaits de ces explications, et se rappelant les expériences

des physiologistes sur les animaux, les chirurgiens modernes ont invoqué l'entrée de l'air dans les veines pour rendre compte de ces cas de morts inopinément survenues. Les faits de ce genre sont nombreux ; mais il importe de savoir exactement leur valeur dans la question qu'ils sont appelés à résoudre ; car avec des faits on se trompe tout aussi bien qu'avec des théories, lorsqu'on raisonne sur des données incomplètes, vagues, ou disparates ; et en pathologie, comme en mathématiques, on ne peut raisonner que sur des quantités de même nature, sur les mêmes unités, autant du moins que des éléments fournis par les organisations, influencées par les circonstances extérieures, pourront être les mêmes.

Cette question a longuement occupé l'académie de médecine, et elle méritait, il faut en convenir, tant et de si laborieuses recherches. Il en est résulté, de ces recherches et des discussions que les faits et les expériences ont soulevées, cette conclusion, à savoir : que l'introduction de l'air est possible, qu'elle est réelle, qu'elle a été constatée et signalée chez l'homme de même que chez les animaux ; qu'elle est très-facile dans certaines circonstances, difficile sinon impossible dans d'autres ; qu'elle est le plus souvent dangereuse et même promptement mortelle. Mais il fallait trouver à cette introduction des obstacles, et à ces terribles effets un remède : malheureusement, sous ce rapport, on a été moins heureux ; c'est ce qui résulte du moins des recherches jusqu'à présent connues.

A. B.

(*La suite au prochain cahier.*)

OPÉRATION

Pratiquée par M. RÉCAMIER

POUR LA CURE RADICALE

D'UNE HYDROPISIE ENKYSTÉE DE L'OVAIRE (1);

(Observation recueillie et rédigée par M. Fauvel, interne à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Récamier.)

Avec figures.

Kyste uniloculaire de la trompe utérine gauche, opéré par une ponction pénétrant par la ligne blanche et venant ressortir à la partie supérieure du vagin en passant derrière l'utérus.

Angélique Vincent, âgée de 26 ans, ravaudeuse, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet 1838. Cette femme, d'une constitu-

(1) Cette opération, aussi hardie qu'ingénieuse, fixera l'attention du monde médical comme pouvant ouvrir une nouvelle voie à la thérapeutique dans le traitement d'une maladie regardée à peu près généralement comme incurable. C'est pourquoi nous nous empressons de publier ce fait important de clinique, avec tous les détails de l'observation, recueillie par M. Fauvel sous les yeux de M. Récamier, qui a bien voulu y ajouter quelques réflexions pratiques, et décrire lui-même son opération, telle qu'il l'a conçue et exécutée à l'Hôtel-Dieu de Paris, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves. Une planche lithographiée, représentant fidèlement, dans leurs formes et dimensions, les instruments qui ont servi à cette opération, aura le double avantage de faciliter l'intelligence de la description, et d'éviter de longs tâtonnements aux chirurgiens qui voudraient faire construire loin de Paris des instruments semblables pour tenter la même opération. (N. R.)

tion saine et assez vigoureuse, a été bien réglée depuis l'âge de 13 ans jusqu'à l'époque actuelle.

Antécédents. — A 19 ans, couche à terme; six mois plus tard, fausse couche probable; six mois encore après ce dernier accident, douleurs abdominales survenues subitement sans cause appréciable; les règles apparurent abondamment et la malade garda le lit plusieurs jours.

Début et marche de la maladie. —Au bout de six semaines cette femme s'aperçut qu'elle avait dans le côté droit du bas-ventre une tumeur grosse comme le poing, indolente, tellement mobile qu'elle pouvait la faire rouler avec la main. Un an après, cette tumeur était assez volumineuse pour ne pouvoir plus être déplacée.

L'abdomen augmenta lentement de volume pendant 5 ou 6 ans (il avait alors la saillie d'une grossesse de quatre mois); puis son accroissement suivit une marche plus rapide.

État de la malade avant l'opération, — Huit ans se sont écoulés depuis la première apparition de la tumeur, et la malade est dans l'état suivant. Abdomen plus volumineux que dans une grossesse à terme, dépassant en saillie la poitrine, repoussant en dehors les fausses côtes, et descendant inférieurement jusqu'à la partie supérieure des cuisses.

Il est lisse, tendu, rénitent, uniformément développé, sans bosselures.

La percussion donne une matité complète dans toute son étendue, si ce n'est à la région épigastrique, où existe un son tympanique dû à la présence des intestins; fluctuation dans tous les sens.

Les parois ne sont pas infiltrées, on ne voit pas de veines dilatées sous la peau.

Jamais la malade n'a éprouvé de douleurs dans le ventre.

Les règles ont continué à paraître comme auparavant, et même, du 15 au 20 juillet, elles sont venues.

Depuis six ans, cette femme a l'habitude de rendre tous les six mois par l'anus environ un pot de nuit plein de sang pur, sans symptômes précurseurs et sans autre accident qu'une grande faiblesse.

Diagnostic. Kyste uniloculaire de l'ovaire droit.—Le lundi, 23 juillet, la malade se trouvant dans de bonnes conditions, l'opération suivante, ayant pour but d'ouvrir le kyste par sa partie inférieure à travers le vagin, est pratiquée en présence de MM. Marjolin, Nacquart, Cruveilhier, Guersent père et fils, Chomel, et d'un grand nombre d'autres médecins et d'élèves.

On retire neuf litres de sérosité incolore. (*Voir* ci-après la description de l'opération par M. Récamier.)

Immédiatement après l'opération, un bandage compressif a été appliqué sur l'abdomen, et les douleurs que la malade ressentait ont cessé de suite.

A trois heures après-midi, un bain d'une heure et demie a été donné. Quand la malade en est sortie, elle se trouvait parfaitement bien. Le bandage mouillé fut remplacé. Un peu de liquide sanguinolent s'était écoulé par le vagin. Apyrexie complète.

Vers huit heures du soir, des douleurs très-vives, précédées d'un petit frisson, se sont fait sentir dans l'abdomen, à l'hypogastre.

Une saignée de trois palettes fut pratiquée et l'on appliqua

sur le bas-ventre 30 sangsues ; on avait eu la précaution de ne pas enlever le bandage compressif.

24 juillet. Le mardi matin la malade est soulagée ; les douleurs ont presqu'entièrement cessé; la peau est sans chaleur fébrile ; pouls à 80.

Le toucher par le vagin, aidé du palper de l'abdomen, fait reconnue que le kyste ne contient plus de liquide, et que l'ouverture pratiquée en arrière et à droite du museau de tanche est béante, et laisse couler la sérosité à mesure qu'elle se produit.

(On maintient le bandage; bain, bouillon.)

25 juillet. De temps en temps, quelques petites coliques à l'hypogastre ; écoulement séreux par le vagin ; abdomen souple; apyrexie ; le pouls est à 60 ; miction facile; constipation depuis plusieurs jours.

(Bandage; lavement ; soupe.)

26 juillet. Hier au soir quelques douleurs dans le côté gauche de l'hypogastre ; léger mouvement fébrile.

On donne un bain prolongé de trois heures, et ce matin les douleurs ont disparu, le pouls est à 70.

Sitôt qu'on enlève le bandage, les douleurs se reproduisent, et la malade éprouve des défaillances. Du reste, le ventre est souple et l'on ne peut apprécier l'existence d'aucune tumeur.

(Même prescription.)

27 juillet. Abdomen indolent et souple. Un peu de sérosité rougeâtre s'écoule par le vagin. Insomnie ; apyrexie.

(Même prescription. Une pilule d'un grain d'opium pour le soir.)

28 juillet. Absence de douleur dans l'abdomen, si ce

n'est à une très-forte pression sur l'hypogastre. Pas de chaleur fébrile; pouls régulier, 60 pulsations.

(Même prescription.)

Dans la journée, la malade, dont le caractère est très-irascible, s'est levée et s'est assise sur une chaise; elle dormait un peu, lorsqu'elle fut réveillée brusquement, ce qui fut la cause d'une colère violente.....

Apparition des accidents. — 28 juillet. En se recouchant, léger frisson; vers quatre heures, la peau est chaude, le pouls à 90; mais le ventre est encore indolent. Plus tard, des douleurs très-vives se sont développées à l'hypogastre, spécialement vers le côté droit; partant de ce point, elles s'irradient dans tout l'abdomen. Ces douleurs ont été assez violentes pour arracher des plaintes à la malade; en même temps des nausées et quelques efforts de vomissements ont eu lieu.

A minuit, les douleurs sont un peu calmées; mais la pression, même légère, les reproduit à l'hypogastre.

La peau est chaude, sans sécheresse; le pouls petit, serré, dur, dépasse 100 pulsations.

(30 sangsues à l'hypogastre sans enlever le bandage; cataplasme, bain prolongé vers le matin.)

29 juillet. La malade est restée trois heures dans le bain; lorsqu'elle en sort, le pouls est petit, irrégulier (90); les douleurs dans l'abdomen existent encore, mais à un degré moindre; il n'y a pas de ballonnement, ni de tumeur appréciable; un peu de liquide s'est écoulé par le vagin.

La constipation persiste malgré les lavements.

(Une pilule d'un grain de calomel toutes les deux heures; lavements. Le bandage est réappliqué.)

Peu de temps après, des nausées surviennent et la malade éprouve des défaillances qui donnent de l'inquiétude; le pouls devient d'une faiblesse extrême, la face pâlit, les yeux se ferment, la peau se refroidit et la malade ne répond plus.

On la place horizontalement, des sinapismes sont appliqués aux extrémités et de l'eau fraîche est projetée sur la face. Sous l'influence de ces moyens, la demi-syncope disparaît.

Dans la journée, ces phénomènes se sont reproduits plusieurs fois, et l'on a administré avec succès, pour les combattre, une goutte d'essence de menthe dans un demi-verre d'eau sucrée.

30 juillet. Hier au soir et pendant la nuit, les douleurs ont reparu plus intenses; la malade a eu des nausées et des vomissements bilieux.

Ce matin, le facies exprime la souffrance; il n'y a plus de tendance à la syncope. Le pouls est petit, serré, (92.)

Hypogastre douloureux, moins souple, plus développé; il ne s'est plus écoulé de liquide par le vagin.

Trois selles liquides, très-fétides, mixtion facile.

(25 sangsues à l'hypogastre; cataplasme.)

31 juillet. Les sangsues ont beaucoup donné de sang et n'ont pas produit de défaillances.

Pouls à 92, petit.

Même état du reste.

(Cataplasme; 4 ventouses sèches aux cuisses; lavement; bouillon coupé.)

1er août. Des efforts de vomissements ont eu lieu pendant la nuit, et ce matin quelques défaillances pour lesquelles on a administré l'eau de menthe.

Depuis hier au soir l'abdomen a considérablement augmenté de volume, il donne un son tympanique et est moins douloureux à la pression.

En palpant profondément, on sent dans le bassin une tumeur inappréciable hier.

(Limonade citrique ; cataplasme ; un bain tiède prolongé.)

2 août. Encore des vomissements et des défaillances.

Abdomen plus ballonné que la veille ; douleur vive à droite de l'ombilic, s'étendant jusqu'à la fosse iliaque. Le météorisme et la douleur empêchent de percevoir la tumeur. Pas d'écoulement par le vagin ; pouls petit, faible, (116) ; 4 ou 5 selles liquides ; le facies présente plus d'altération que les jours précédents.

(Pour boisson, de l'eau ; deux bains prolongés ; cataplasme sur le ventre ; bouillon.)

3 août. Ce matin, en sortant du bain, d'après la malade, il s'est écoulé un peu de liquide par le vagin.

Exploration par le vagin. — M. Récamier pratique le toucher et s'assure que l'ouverture pratiquée est presqu'entièrement oblitérée ; alors il essaie avec une sonde de rétablir une communication avec le kyste.

Après plusieurs tentatives, une sonde de femme pénètre, et il s'écoule de suite quatre à cinq cuillerées de liquide limpide et incolore.

Les autres symptômes sont les mêmes.

(Même prescription ; bain prolongé.)

4 août. Abdomen toujours ballonné ; vomissements bilieux ; deux selles liquides, verdâtres, très-abondantes ; pouls petit, faible, fréquent.

Règles. — Dans la nuit les règles ont paru.

(Même prescription, moins le bain.)

10 août. Le sang a continué à couler par le vagin pendant quatre jours, mais en petite quantité ; le liquide séreux n'a pas reparu.

Du reste la malade est dans le même état ; le pouls conserve de la fréquence ; les vomissements bilieux se renouvellent tous les jours ; l'abdomen est ballonné, moins douloureux à la pression.

Hémorrhagie intestinale. — Le 12 et le 13 août, évacuation par l'anus d'une quantité de sang pur que la malade évalue à plusieurs verres. Cet écoulement n'a pas été précédé ni accompagné de douleur ; le sang sortait abondamment.

Évacuation abondante de matières fétides, coïncidant avec la diminution du ventre. — 15 août. Cette nuit, après avoir éprouvé des coliques assez vives, la malade a rendu par le rectum, en huit ou dix fois, plusieurs grands bassins d'un liquide jaune verdâtre très-fétide ; ce matin le ventre est moins volumineux, il est plus souple ; pas de réaction fébrile ; état général satisfaisant.

Du 16 au 19 août. La malade a continué à rendre par les selles, en moins grande quantité, un liquide verdâtre fétide, et en outre elle a eu quelques garde-robes solides. L'abdomen a considérablement diminué de volume, au point qu'il est dans le même état qu'aussitôt après l'opération ; il est indolent, sa souplesse permet de constater qu'il n'existe pas de tumeur.

Apyrexie ; sommeil ; la malade demande à manger.

(Un bandage lacé compressif a été réappliqué. On a prescrit le quart de la portion.

Angine pseudo-membraneuse. — 20 août. Légère dou-

leur à la gorge, qui gêne la déglutition, sans autres symptômes,

(Gargarisme simple; quart de portion.)

21 août. Le pouls a pris de la fréquence (90), la peau est chaude.

La douleur de gorge a augmenté au point de rendre toute espèce de déglutition très-pénible.

M. Récamier examine la gorge, et reconnaît sur les amygdales le voile du palais et la partie postérieure du pharynx, des plaques blanchâtres, de nature pseudo-membraneuse.

Il touche immédiatement ces parties avec du nitrate acide de mercure, au moyen d'une longue pince portant un petit bourdonnet de charpie imbibée du caustique et pressée pour la dessécher.

(Gargarisme; lait; diète.)

22 août. Diminution notable de la douleur de gorge et de la gêne dans la déglutition; la voix n'est pas altérée; aucune gêne dans la respiration.

Légère fréquence du pouls.

Abdomen indolent; douze ou quinze selles liquides peu abondantes, sans ténesme depuis hier matin, quelques-unes contenant des traces de sang.

(Riz gommé sucré; décoction blanche; gargarisme; lait.)

23 et 24 août. Même état; affaiblissement; plusieurs garde-robes liquides par jour: deux d'entre elles contenaient du sang pur, dont la malade évalue la quantité à un verre.

(Même prescription.)

25 et 26 août. Des pellicules blanchâtres commencent à

se détacher de la gorge, qui n'est plus douloureuse ; mais le pouls reste fréquent et misérable ; la malade vomit tout ce qu'elle boit, en même temps que des matières bilieuses ; elle a une diarrhée abondante, verdâtre, et s'affaiblit beaucoup ; elle demande à quitter l'hôpital.

27 août, jour de la sortie. L'état général est loin d'être satisfaisant. Hier, dans la journée, la malade a eu une défaillance qui a duré plus d'un quart d'heure, et le soir elle a encore rendu une petite quantité de sang pur dans une garde-robe. Grande faiblesse ce matin ; quelques vomissements.

Pouls (102), petit, faible, pas de chaleur fébrile à la peau.

Les pellicules blanchâtres sont en partie détachées au pharynx, et laissent voir une surface rosée. Déglutition très-facile.

Abdomen aplati, souple, toujours maintenu avec un bandage lacé. La main plonge dans le bassin avec facilité ; on ne peut y constater la présence d'aucune tumeur.

La malade ne peut marcher ; on l'emporte sur un brancard.

Depuis sa sortie de l'hôpital elle a été souvent visitée à son domicile et le même régime a été maintenu; sa position, loin de s'améliorer, a été en s'aggravant : la faiblesse et le marasme ont fait des progrès rapides.

Les vomissements ont persisté, et, malgré les astringents et les narcotiques employés convenablement, la malade a conservé une diarrhée abondante, fétide, quelquefois sanguinolente.

Tous les jours des défaillances ont eu lieu avec menace de

mort; on administrait alors avec succès pour ranimer la malade quelque cuillerées d'eau de menthe. Le pouls très-faible conservait une grande fréquence.

Bientôt une toux opiniâtre avec gêne dans la respiration vint se joindre à ces symptômes. Enfin la malade, ayant demandé à revenir à l'Hôtel-Dieu, y rentra le 8 septembre 1838, dans le dernier degré de marasme, vomissant toutes les boissons et ne pouvant garder les lavements laudanisés.

Les symptômes thoraciques annonçaient une pneumonie que l'extrême faiblesse de la malade ne permettait pas de constater par l'auscultation ; l'abdomen médiocrement distendu, sonore, peu douloureux, était le siége d'un fort gargouillement. Cet état persiste pendant deux ou trois jours avec des défaillances continuelles que l'on combat par l'essence de menthe.

Le 11 la respiration devient stertoreuse, et la malade meurt le 12 septembre vers 2 heures après-midi.

Nécropsie, 42 heures après la mort.

Marasme très-prononcé.

Abdomen. — En incisant les parois abdominales on trouve des adhérences très-fortes sur la ligne médiane à partir de l'ombilic jusqu'à la partie inférieure ; ces adhérences occupent toute la largeur des muscles droits. Sur les parties latérales, les anses intestinales sont libres.

Péritoine. — Le péritoine est lisse, sans fausses membranes ni injection morbide. On constate seulement la présence d'un verre environ de sérosité limpide incolore.

Poche ou cavité purulente. — En détachant la paroi ab-

dominale sur la ligne médiane, on pénètre dans une cavité remplie de gaz fétides et contenant à peu près huit onces d'une bouillie purulente, grisâtre, avec de petits flocons blancs, friables.

Cette poche est assez grande pour contenir un litre au moins de liquide; elle a une forme globuleuse;

Enveloppée extérieurement par le péritoine, elle se comporte de la manière suivante avec les organes voisins :

Rapports de cette poche purulente avec les organes voisins. — En haut, elle remonte jusqu'à l'ombilic où sa paroi très-mince adhère avec le grand épiploon qui contribue à la fortifier. Elle offre aussi quelques brides fibro-celluleuses lâches qui l'unissent aux anses intestinales.

En avant, elle est adhérente par sa surface séreuse au péritoine pariétal jusque vers la vessie. Arrivée là, elle plonge entre cet organe et l'utérus.

En cet endroit les surfaces séreuses ne sont pas complètement adhérentes; mais de fortes brides celluleuses unissent la tumeur au sommet, à la face postérieure de la vessie et à tout le bord supérieur de la matrice : c'est là surtout que ces brides sont épaisses et présentent un pouce ou un demi-pouce de longueur.

Parvenue à ce point, la poche passe au-dessus de l'utérus, envoie des brides assez fortes au péritoine qui recouvre le rectum; et même le cul-de-sac recto-vaginal, bien que lisse et non enflammé, offre quelques prolongements fibro-celluleux dans son étendue. Puis, la tumeur remonte en avant du rectum envoyant des adhérences celluleuses au mésentère et formant une espèce de canal fibreux pour le passage de la fin de l'intestin grêle.

Enfin elle vient rejoindre la partie supérieure.

Latéralement, on constate les rapports suivants :

A droite la tumeur est fortement accolée au colon ascendant, puis elle adhère au cœcum à l'aide de brides qui laissent entre elles des espaces lisses où le péritoine est intact.

Plus bas, dans le petit bassin, elle envoie quelques adhérences au ligament large, à l'ovaire et à la trompe.

Du côté gauche les adhérences sont moins fortes; quelques brides se rendent à l'S iliaque, qui passe derrière la tumeur pour former le rectum; mais de ce côté elle est intimement unie à l'ovaire et à la trompe. Ces rapports étant déterminés on enlève avec soin la tumeur en masse, les organes génitaux et le gros intestin, afin de déterminer le siége et la structure intime de cette poche purulente, et de voir comment se comportent relativement à elles tous ces différents organes.

Description de la poche. — Après avoir débarrassé la cavité purulente de la bouillie blanchâtre et fétide qu'elle renfermait, on aperçoit dans son intérieur, à sa partie la plus déclive, une autre poche blanche plissée sur elle-même, dont la surface externe inégale est couverte de pseudo-membranes à l'aide desquelles elle adhère dans une certaine étendue, mais surtout inférieurement et latéralement, avec les parois de la cavité purulente. Ces adhérences sont faibles, et il est possible de la séparer complètement et de l'enlever.

Cette poche ainsi isolée, et rendue à ses dimensions propres, a une capacité au moins égale à celle de la cavité dans laquelle elle était contenue. Elle est fermée de toutes parts et renferme un demi-verre environ de sérosité incolore et transparente.

Sa surface interne est lisse, d'un blanc mat, nacré en certains points, et présente en quelques parties un aspect ma-

melonné, avec un peu d'infiltration séreuse dans l'épaisseur des parois.

Ces dernières ont une structure fibreuse, une épaisseur très-peu considérable, et sont tellement amincies à la partie supérieure qu'elles se déchirent avec facilité.

Examen des parois. — En examinant alors les parois de la cavité purulente on trouve à l'intérieur une surface rugueuse d'un gris noirâtre, hérissée d'aspérités sous toutes formes, offrant des replis flottants ou des mamelons, et présentant en plusieurs points l'aspect de la langue de certains animaux carnassiers. On peut en raclant enlever des lambeaux pseudo-membraneux.

Ouverture de communication entre la poche purulente et le colon ascendant.—Dans la partie correspondant à l'adhérence avec le colon ascendant il existe une ouverture arrondie de quelques lignes de diamètre, établissant une communication entre l'intestin et la cavité purulente.

Les parois de cette dernière, très-minces supérieurement, se laissent déchirer avec facilité et semblent constituées par le péritoine seul renforcé par le grand épiploon qui vient y adhérer; mais à mesure qu'on descend dans tous les sens, elles deviennent fibreuses et acquièrent insensiblement une très-grande épaisseur dans les parties déclives, à tel point qu'à l'endroit où la trompe gauche vient s'y perdre elles ont 5 lignes, et dans toute la région inférieure 3 à 4 lignes.

Elles sont constituées par un tissu blanc, brillant, formé de fibres entrecroisées disposées par plans parallèles, de telle sorte qu'on peut dédoubler la poche et en former plusieurs. Des vaisseaux artériels et veineux d'un assez fort calibre serpentent dans toute l'épaisseur.

En dehors, la surface est séreuse, entrecoupée par les adhérences dont nous avons déjà parlé.

Organes génitaux. — L'examen des organes génitaux donne les résultats suivants :

Le vagin dans toute sa longueur ne présente rien de remarquable, sa muqueuse est rosée sans injection ni ramollissement.

Le museau de tanche est bilabié ; il offre un orifice transverse de huit lignes d'étendue. La lèvre postérieure est plus volumineuse que l'antérieure. En arrière de la lèvre postérieure, un peu à droite, on voit une cicatrice linéaire noirâtre ayant six lignes d'étendue et complètement fermée.

Il est impossible de faire pénétrer un petit stylet.

Cicatrice. — Cette cicatrice ne s'étend pas à plus de deux lignes en profondeur, et la dissection la plus attentive ne fait découvrir aucune trace qui puisse indiquer la route qu'a suivie l'instrument pour parvenir dans le kyste.

Utérus. — L'utérus a un volume ordinaire. Son tissu est ferme et d'un blanc rosé.

Sa surface interne est pâle, et la cavité contient un peu de mucosité transparente.

Trompe gauche. — Le côté *gauche* de l'utérus est fortement uni aux parois de la tumeur par l'intermédiaire de la trompe et de l'ovaire de ce côté.

On ouvre avec soin le canal de la trompe *gauche* en partant de l'utérus. Son calibre, d'abord capillaire, s'élargit un peu, et après un trajet de deux pouces environ il pénètre dans l'épaisseur des parois fibreuses du sac purulent. Là, on peut le suivre encore pendant un pouce, après quoi on n'en trouve plus de traces, il se perd insensiblement. Des artères et des

veines d'un gros calibre l'accompagnent et vont se ramifier dans l'épaisseur des parois.

Ovaire gauche. — L'ovaire gauche, fortement aplati, offre une surface libre appliquée sur l'utérus et envoyant quelques brides fibro-celluleuses au péritoine qui revêt le rectum.

Mais par sa partie antérieure et supérieure, il adhère intimement au sac fibreux, et son tissu se confond avec le sien, sans qu'il soit possible de tracer de limite.

On trouve dans son intérieur une petite cavité du volume d'un gros pois remplie de sang.

Son tissu est spongieux, parcouru par de nombreux vaisseaux artériels et veineux.

Les vaisseaux ovariques sont très-dilatés, ils se distribuent dans les parois du sac fibreux. Plusieurs veines ont le calibre d'une petite plume à écrire.

Trompe droite. — En suivant le canal de la trompe droite on arrive après un trajet d'un pouce 1/2 dans une cavité alongée du volume d'une noix, à parois lisses, anfractueuses, comparables à celles d'une veine variqueuse. Cette cavité renferme un caillot noirâtre avec de la sérosité sanguinolente.

On ne peut trouver d'autre orifice que celui du canal capillaire qui mène à l'utérus.

La trompe ainsi convertie en une poche remplie de sang, adhère postérieurement par sa surface externe avec le péritoine qui tapisse le rectum, et en bas avec l'ovaire, sans présenter de pavillon libre. Les parois sont très-vasculaires.

Ovaire droit. — L'ovaire droit, situé au dessous de la trompe, a le volume d'une petite noix; sa surface sillonnée ressemble assez bien aux circonvolutions cérébrales. Il adhère en haut avec la trompe, en bas avec le ligament large. Sa

fine postérieure est entièrement libre et regarde le rectum.

Son tissu est le même que celui de l'ovaire opposé.

Il résulte de là que les connexions de la poche fibreuse avec la trompe et l'ovaire du côté droit sont faibles et n'ont lieu qu'au moyen de quelques adhérences fibro-celluleuses.

Canal alimentaire. — La bouche et le pharynx n'offrent pas de traces de fausses membranes. La muqueuse est un peu injectée, sans ramollissement ni ulcérations.

L'œsophage n'offre rien de remarquable.

L'estomac d'un volume ordinaire contient un peu de liquide jaunâtre : sa surface interne est lisse, d'un blanc grisâtre avec des stries rouges sur la grande courbure.

La muqueuse n'est pas notablement ramollie.

Tout l'intestin grêle est généralement d'un blanc rosé, sans offrir de points ramollis ou ulcérés.

Le cœcum renferme une assez grande quantité d'une matière fétide, jaune verdâtre demi-liquide, avec des flocons blancs et quelques grumeaux friables.

Ses parois ont une couleur rosée plus foncée que dans l'intestin grêle. La muqueuse s'y déchire avec plus de facilité. On ne voit pas d'ulcération.

Colon ascendant. — Le colon ascendant, qui adhère aux parois de la cavité par son côté interne, est distendu par des gaz et renferme à l'intérieur la même matière que le cœcum.

Sa surface interne est d'un rouge plus prononcé encore que celle du cœcum. La muqueuse est boursouflée et se déchire par une faible traction. Son épaisseur est au moins augmentée d'un tiers, ce qui est dû à une légère infiltration séreuse.

A la réunion des deux tiers inférieurs de cet intestin avec le tiers supérieur, on voit au fond d'une lacune une *ouverture* à peu près arrondie, assez large pour laisser pénétrer le

petit doigt et qui fait communiquer l'intestin avec la cavité purulente. Les bords de cette ouverture sont lisses et non ulcérés. La muqueuse qui l'avoisine est rouge et boursoufflée plus que partout ailleurs, dans l'étendue d'un demi-pouce en tous sens. Elle est molle et se déchire facilement.

Les colons transverse et descendant sont légèrement dilatés par des gaz et par cette matière; mais ils ne présentent pas d'ulcération.

A mesure qu'on s'éloigne du colon ascendant, la muqueuse est de moins en moins injectée, et même à la fin du colon descendant elle offre seulement une teinte rosée. Sa consistance est plus ferme.

L'*S* iliaque et la partie supérieure du rectum ne renferment pas de gaz et offrent le même aspect que le colon descendant.

Rectum. — Dans les quatre derniers pouces du rectum et au pourtour de l'anus la muqueuse est rouge et parsemée de tumeurs hémorrhoïdales tuméfiées, spongieuses, très-vasculaires, mais non ulcérées.

Le foie, la rate et les reins n'ont rien présenté de remarquable. La vessie très-petite pourrait à peine contenir un œuf de poule. Du reste, ses parois ne sont pas altérées.

Thorax. — Quelques cuillerées de sérosité rougeâtre dans chaque plèvre. Le poumon droit légèrement emphysémateux est engoué à la partie déclive sans avoir perdu de sa consistance. Le poumon gauche offre les mêmes caractères que le précédent; mais le lobe inférieur est le siége d'une pneumonie au premier et au deuxième degré. Le tissu est grenu, friable, rougeâtre, ou bien ailleurs gorgé de liquide.

Le péricarde est sain, le cœur a un volume ordinaire;

son tissu a une bonne consistance; les orifices ne sont pas altérés.

Crâne. — La dure-mère et les autres membranes n'offrent rien de remarquable.

Une quantité médiocre de sérosité existe sous l'arachnoïde et dans les ventricules.

Le cerveau et le cervelet ont une consistance mollasse. Ils ne présentent pas du reste d'altération appréciable.

Résumé.

Ainsi on trouve dans l'abdomen une cavité purulente à parois épaisses et fibreuses, placée en dehors du péritoine qui la tapisse extérieurement.

Cette cavité communique avec le colon ascendant et renferme dans son intérieur une autre poche, mince, flétrie, revenue sur elle-même et adhérente en quelques points seulement.

C'est le kyste primitif vidé par l'opération et qui ne contient plus qu'une petite quantité de sérosité limpide.

La structure compliquée et l'épaisseur des parois de la cavité purulente ne permettant pas de penser qu'elles soient de nouvelle formation, il est rationnel d'admettre qu'elles doublaient le kyste et lui étaient complètement adhérentes ; mais une vive inflammation étant survenue dans le tissu cellulaire qui séparait le kysté proprement dit de son enveloppe fibreuse, la sécrétion purulente l'a disséqué peu à peu pour se former en collection et plus tard s'est fait jour dans le gros intestin.

L'examen cadavérique a démontré que la maladie n'était pas, à proprement parler, une hydropisie de l'ovaire.

Tout porte à croire que le kyste s'est développé dans la trompe gauche.

En effet, cette dernière, après un assez court trajet, va se rendre à la tumeur, et son tissu s'y confond avec celui des parois de la cavité. Il semble que cette dernière n'est autre chose que le pavillon dilaté de la trompe.

Cette explication acquiert de la valeur par l'inspection de la trompe du côté droit où l'on trouve une cavité fermée à parois lisses renfermant un caillot de sang et de la sérosité. Ne serait-ce pas la même maladie à l'état rudimentaire?

De ce côté on ne trouve pas non plus de pavillon.

D'autres raisons encore qu'il serait trop long d'énumérer viennent corroborer cette opinion.

Quant à l'ovaire gauche, il adhère intimement à la tumeur, il est déformé, aplati; mais cependant il a le même volume que celui du côté opposé qui est intact, et sa structure est la même.

Addition complémentaire, et description de l'opération; par M. Récamier.

L'observation précédente, recueillie par M. Fauvel, interne à l'Hôtel-Dieu, fait suite à différentes recherches sur le traitement des hydropisies enkystées. Nous savions, par les mémoires de l'Académie royale de chirurgie, que Ledran avait ouvert le kyste par les parois abdominales, et que des malades avaient guéri. Nous savions que, lorsque les kystes, même purulents, s'ouvrent dans l'intestin, les malades guérissent généralement, et nous l'avions vu. De mon côté, j'avais vu guérir les malades dont le kyste accessible par le vagin, en arrière de l'utérus, avait pu être ouvert par cette

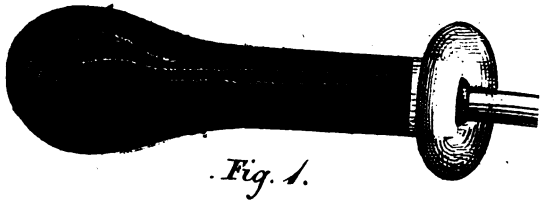


Fig. 1.

Fig. 2.

voie. De nouveaux cas avaient réveillé mon attention sur cet objet, lorsque le sujet de l'observation précédente fut envoyé dans les salles dont je suis chargé. Je reconnus un kyste uniloculaire parfaitement caractérisé, représentant à peu près une grossesse à huit mois; je ne pus atteindre la fluctuation par le vagin, ni par le rectum, quoiqu'elle fût distincte dans tous les sens au-dessus du pubis. Cette personne étant dans la force de l'âge, il y avait un grand intérêt à lui rendre la faculté de se livrer au travail.

Après les plus sérieuses réflexions, voici le procédé auquel je m'arrêtai :

Afin de rendre l'ouverture praticable par le vagin en arrière de l'utérus, le jour ayant été convenu, et en présence des confrères indiqués par M. Fauvel, la malade étant couchée sur le dos, et moi placé à sa droite, 1° je plongeai le trois-quart, fig. I, dans le kyste, par la ligne blanche, et je le vidai aux quatre cinquièmes du liquide qu'il contenait.

2° Cela fait, je replaçai la lame du trois-quart dans sa canule, mais sans l'enfoncer jusqu'au fond, et je fixai l'instrument de la main gauche près des parois abdominales, en dirigeant l'extrémité de la canule vers la région correspondante au cul-de-sac du péritoine derrière l'utérus.

3° Je portai l'index et le médius de la main droite dans le vagin, et plaçai leur extrémité derrière le col utérin que je ramenai en avant en portant les deux doigts le plus profondément possible, afin de remonter le cul-de-sac vaginal vers celui du péritoine avec lequel il s'adosse souvent.

4° L'utérus fixé de cette manière, je cherchai l'extrémité des deux doigts introduits dans le vagin avec la canule fig. I, que je tenais de la main gauche, et dont l'extrémité désarmée *b*, fig. I, tomba aussitôt entre mes deux doigts,

dont je ne la sentis séparée que par une épaisseur égale à celle du kyste, du péritoine et du vagin.

5° Après avoir itérativement et par conséquent parfaitement constaté qu'aucun organe ne s'était interposé entre le kyste et le cul-de-sac post-utérin du péritoine, je priai M. Guersent fils, qui avait bien voulu me servir d'aide, de pousser tout doucement la lame du trois-quart, dont la pointe *e e*, fig. I, passa aussitôt dans le vagin, derrière l'utérus, entre mes deux doigts, que je cherchais à écarter afin de n'être pas piqué.

6° La pointe du trois-quart logée entre mes deux doigts comme dans une gouttière, je la conduisis hors de la vulve en faisant glisser l'instrument, qui représente, comme on peut le voir à la planche ci-jointe, un quart de cercle parfait.

7° Alors je retirai la lame, et j'engageai dans l'extrémité de la canule *b b*, fig. I et fig. III, l'extrémité d'un autre instrument *a a*, fig. II, et je fis remonter dans le vagin les deux instruments qui, réunis comme on le voit, fig. III, représentaient un demi-cercle.

8° Lorsque la lame, masquée par la châsse mobile *d d* de l'instrument représenté fig. II, fut arrivée contre le cul-de-sac du vagin, les tranchants tournés à droite et à gauche, je démasquai la lame *c c*, et, continuant de remonter l'instrument, il pénétra dans la cavité abdominale, après avoir certainement divisé de chaque côté le cul-de-sac vaginal et péritonéal correspondant.

9° Alors, après avoir renfermé dans sa châsse *d d*, fig. II et fig. III, la lame de l'instrument *c c*, fig. II, je ramenai à la vulve l'extrémité *b b* de la canule représentée fig. I, dont je séparai l'autre canule, fig. II, qui devenait inutile.

10° Aussitôt, j'adaptai sur l'extrémité *b b*, fig. I, de la canule, qui me servit de conducteur, une canule de gomme élastique que je conduisis par l'ouverture inférieure, pour la faire pénétrer dans le sac où mon dessein était de la laisser, afin de conserver inférieurement pendant un temps convenable une communication avec l'intérieur du kyste; mais je ne pus y parvenir, et je m'aperçus aussitôt, au défaut d'écoulement du reste du liquide que j'avais laissé dans le kyste afin que ses parois résistassent au tranchant de l'instrument *c c*, fig. II, et pussent être plus facilement coupées, je m'aperçus, dis-je, que la paroi inférieure du kyste avait fui devant la lame *c c* de l'instrument sans être ouverte, comme j'en avais eu le dessein. Je fus confirmé dans cette opinion par les douleurs que causait la présence de la sonde de gomme élastique qui, n'ayant pu pénétrer dans le sac, se trouvait en contact avec le péritoine; alors, ne voulant rien entreprendre de plus ce jour-là, je retirai les deux instruments, c'est-à-dire la canule du trois-quart, fig. I, et la sonde de gomme élastique.

11° Je plaçai un bandage de corps après avoir garni le ventre pour remplacer le liquide évacué; les douleurs cessèrent aussitôt, et la compression du ventre fut très-bien soutenue.

12° Malgré la défectuosité de l'ouverture inférieure du kyste, il s'écoula parfois un peu de sérosité par le vagin, mais point en proportion avec la quantité de liquide que j'avais laissée; je renvoie, du reste, aux détails de l'observation.

Remarques. — 1° Les douleurs survenues à la fin de l'opération par le contact de la sonde de gomme élastique cessèrent aussitôt qu'elle fut retirée.

2° Aucun symptôme inflammatoire ne se montra du lundi au samedi soir, époque où ils furent annoncés par des douleurs survenues à l'occasion d'un réveil en sursaut et d'un accès de colère.

3° Il est certain que, au moment de l'opération, le palper du ventre détendu ne permit, ni à M. Guersent fils, ni à moi, de reconnaître aucune masse dans le fond du kyste.

4° L'extrémité des doigts de ma main gauche tenant l'instrument, fig. I, et plongeant dans le bassin, n'était séparée des deux doigts de la main droite que j'avais dans le vagin, derrière l'utérus, que par la petite épaisseur des parois abdominales, du kyste, du péritoine et du cul-de-sac du vagin, de manière que j'opérai, en ce qui dépendait de moi, avec autant de sécurité que si les organes eussent été à découvert. Il faut donc absolument que j'en conclue que la masse qui a été trouvée à l'autopsie est un produit inflammatoire consécutif.

5° A la manière dont les accidents consécutifs se sont comportés, il me paraît certain que, si le sac eût été convenablement ouvert inférieurement, la malade avait les plus grandes chances d'une guérison facile; je crois donc devoir appeler l'attention sur le procédé que j'emploierais, si j'avais à reproduire cette opération.

Au lieu du trois-quart rond, fig. I, j'emploierais un trois-quart aplati et courbé sur son plat en quart de cercle, exactement comme la fig. I: la ponction étant faite entre l'ombilic et le pubis, je viderais le kyste. Alors je replacerais la lame de l'instrument sans faire saillir la pointe aplatie et tranchante des deux côtés; je porterais deux doigts derrière le col utérin; je chercherais avec l'extrémité de la canule le cul-de-sac du péritoine, et les doigts toujours placés dans le vagin,

puis, je ferais sortir tout doucement la lame, avec le tranchant de laquelle j'inciserais transversalement, et de haut en bas, le kyste sur sa partie inférieure, le péritoine derrière l'utérus et la partie supérieure du vagin, dans l'étendue d'environ huit lignes chacun.

Je ferais alors passer l'instrument dans le vagin, et, si je ne trouvais pas l'ouverture du kyste suffisante, j'examinerais s'il ne serait pas facile de l'agrandir avec un bistouri boutonné, courbe sur le plat, conduit sur la canule du trois-quart; j'examinerais l'opportunité de placer une sonde de gomme élastique, et la facilité de le faire; je tiendrais le ventre comprimé par un bandage de corps et un coussinet.

Tel est le procédé que je substituerais à celui que j'ai employé, le cas de le mettre en pratique échéant.

6° Le volume des kystes ovariques m'a empêché de leur appliquer le procédé que j'ai employé, comme on sait, depuis long-temps avec succès dans les kystes hydatiques : il consiste à ouvrir le kyste avec la potasse appliquée à diverses reprises, de manière à produire l'adhérence du péritoine avec le kyste avant d'ouvrir ce dernier; de cette manière, on peut le remplir facilement avec de l'eau, qui suffit pour faire cesser en même temps et l'odeur que prend le pus lorsque l'air atmosphérique pénètre dans les cavités des kystes en suppuration, et les effets de la résorption du pus devenu fétide. L'expérience montrera si ce procédé sera applicable, avec succès, au traitement des kystes uniloculaires qu'on ne pourra ouvrir par le bas.

7° Lorsque, après avoir vidé un kyste ovarique uniloculaire par une ponction sur la ligne blanche, on constatera qu'il est libre dans l'abdomen, pourra-t-on tenter le procédé de Ledran en agrandissant l'ouverture sur la canule?

Ou bien, si on le trouve libre, pourra-t-on en tenter l'ablation en le tirant peu à peu au-dehors, et faisant la torsion des vaisseaux de son pédicule à mesure qu'on les coupera? Si on réfléchit que dans la plupart des kystes *uniloculaires* le pédicule est très-mince, on s'effraiera peut-être moins d'une ablation, qui, dit-on, a été faite avec succès en Angleterre.

RECHERCHES

SUR LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DE POITRINE CHEZ LES ENFANTS,

PAR C. TAUPIN,
Interne à l'hôpital des Enfants malades.

(Suite et fin (1).)

Pour me conformer exactement à la marche suivie par Laennec, je devrais parler maintenant des résultats fournis par l'application de la main sur les parois thoraciques; mais il me semble plus convenable de faire suivre immédiatement l'examen des mouvements de l'abdomen de l'inspection de la poitrine.

1° *Dilatation.* — A l'état normal, la dilatation de la cavité thoracique s'opère régulièrement. Son intensité n'est pas toujours en rapport avec le développement des pou-

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue*, p. 121.

mons; l'agitation, le réveil, toutes ces circonstances qui déterminent un trouble passager, diminuent son étendue.

Conformation. — La conformation naturelle de la poitrine n'offre rien de particulier dans l'enfance. Ici comme chez l'adulte, le côté droit est plus développé que le gauche, et cette différence, qui existe constamment, varie d'un centimètre à un centimètre et demi. On la trouve dès l'âge le plus tendre, et elle persiste sans changer de rapport jusque dans la vieillesse. J'ai voulu vérifier cette proposition que M. Louis a, je crois, avancée le premier. J'ai mesuré la poitrine à l'état de santé chez des enfants de tout âge, et j'ai trouvé toujours son assertion exacte. Je l'ai vue constante chez les enfants rachitiques, et on peut se l'expliquer facilement en se rappelant que les vices de conformation causés par cette maladie attaquent toujours les deux côtés de la poitrine; il n'y a d'exception que dans le cas où la colonne vertébrale est elle-même atteinte de rachitis, cas étranger à mon sujet.

Rachitis. Les déformations de la poitrine causées par le rachitis se voient plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte, et cela pour plusieurs raisons : d'abord la gêne de la respiration causée par le rétrécissement de la poitrine, et le mode vicieux d'implantation des muscles, exposent les enfants à des maladies de poitrine plus nombreuses, en même temps qu'elles les rendent plus graves. Ils sont asthmatiques, atteints souvent de pneumonies, de bronchites, de tubercules, de maladies du cœur; quelquefois même ils succombent presque subitement avec des symptômes d'asphyxie, sans qu'à l'autopsie aucune lésion suffisante puisse expliquer la mort. Enfin, quand ils ont résisté à cette influence fâcheuse qui menaçait leur premier âge, la poitrine

prend une forme plus régulière, et le redressement des côtes et du sternum s'opère comme celui des membres incurvés.

- *Rétrécissements.* — On rencontre aussi d'autres rétrécissements qui reconnaissent pour cause une pleurésie terminée par la résolution du liquide épanché et la formation d'adhérences celluleuses entre les deux feuillets de la plèvre. Toutefois, ils sont rares chez les très-jeunes enfants. En effet, chez eux, la pleurésie aiguë se voit moins souvent que la pneumonie. Elle accompagne quelquefois cette dernière affection, est partielle comme la maladie principale, et les adhérences limitées qui en sont la suite ne peuvent donner lieu à une déformation. Cette rareté peut s'expliquer aussi par une rapidité plus grande de la résorption du liquide épanché. Cette résorption est plus facile chez les enfants comme celle de toutes les hydropisies en général.

La déformation est bien plus fréquente dans la pleurésie tuberculeuse, qui a une marche chronique. On observe d'abord une dilatation du côté affecté; puis l'épanchement diminue, disparaît, et le rétrécissement s'opère.

Dans le pneumo-thorax, dans l'emphysème pulmonaire, dans les gas de tumeurs développées dans le médiastin antérieur, dans les affections du cœur, on observe aussi une dilatation, mais on sait que ces maladies sont fort rares chez les enfants.

Laennec blâme avec raison plusieurs procédés d'exploration dont le temps et l'expérience ont fait justice, tels que le toucher des espaces intercostaux, la succussion de la poitrine, la pression abdominale de Bichat. On doit rejeter avec lui l'emploi de ces moyens, qui ne sont jamais d'aucune utilité et peuvent être nuisibles, les deux derniers surtout, en causant de la douleur aux malades et en augmentant par

cela même une résistance déjà trop grande à un mode plus rationnel d'exploration.

Frémissement pulmonaire. — La main, appliquée sur la poitrine d'un enfant sain qui respire librement, ne perçoit d'autre sensation que celle de la dilatation et du resserrement alternatifs de la cavité thoracique. Si l'enfant vient à parler ou à crier, on sent un frémissement analogue à celui qu'on rencontre en pareille circonstance chez l'adulte, et comme ce retentissement est toujours en rapport avec la perméabilité du poumon et acquiert chez l'enfant une plus grande intensité, il est en quelque sorte puéril comme la respiration. Il disparaît dans la pleurésie, il diminue beaucoup dans la pneumonie lobulaire, et persiste dans la bronchite. Ce phénomène apprécié avec soin peut conduire à distinguer une pneumonie lobulaire d'une bronchite capillaire intense. La fièvre, la dyspnée, la toux sont égales dans les deux affections, et la présence ou l'absence du frémissement pulmonaire peut servir à fixer le diagnostic.

Chez un grand nombre d'enfants, il se produit un frémissement très-notable pendant l'inspiration et l'expiration; il cesse dans l'intervalle qui sépare les deux mouvements. On le rencontre souvent chez les enfants rachitiques, chez ceux dont on dit que leur poitrine est grasse, enfin dans les bronchites considérables. Il coïncide toujours avec une respiration bruyante à l'extérieur et des phénomènes stéthoscopiques marqués, soit un râle sibilant et ronflant, soit du râle muqueux abondant. Il est produit dans le premier cas par un rétrécissement passager des bronches, dans le second par une accumulation de mucosités, et, dans ce dernier cas, il cesse ordinairement pour quelque temps après un ac-

cès de toux qui détermine une expectoration abondante. La même cause se produit dans les inspirations qui précèdent une quinte de coqueluche. Il est d'abord presque insensible : il augmente graduellement, puis la quinte a lieu, et le phénomène cesse jusqu'à ce qu'un nouvel engouement bronchique vienne provoquer encore une quinte de toux. On le trouve aussi dans la pneumonie lobulaire intense, dans la pneumonie hypostatique ; il ressemble tout-à-fait alors au râle des agonisants et coïncide avec un râle crépitant humide et abondant.

Il est quelquefois partiel, et peut indiquer alors un emphysème interlobulaire ; mais on a rarement l'occasion d'observer des cas semblables.

PERCUSSION.

Les différents modes d'exploration que je viens de passer en revue laissent, comme on le voit, une grande incertitude dans le diagnostic des maladies de poitrine, et rarement leur ensemble peut fournir des données suffisantes ; aussi faut-il avoir recours à des moyens plus certains, à la percussion et à l'auscultation.

La percussion, employée chez les enfants, ne donne pas des résultats aussi sûrs que chez l'adulte ; toutefois, on doit se garder de la négliger ; et quand on l'aura pratiquée longtemps et avec soin, on y pourra trouver des ressources qu'on n'aurait pas soupçonnées d'abord.

Je vais examiner successivement les résultats qu'elle fournit appliquée à la poitrine d'un enfant bien portant, et les diverses modifications que peuvent y apporter les maladies thoraciques.

État normal. — Le grand développement du système musculaire, l'embonpoint considérable de la poitrine, apportent chez l'adulte des obstacles à la perception de la résonnance thoracique. Ici, on n'a point à redouter un pareil inconvénient; les muscles sont peu volumineux et l'embonpoint des enfants porte plutôt sur les membres que sur le tronc. Cette différence de conditions dans lesquelles se trouvent les enfants et les adultes en produit une aussi marquée dans les causes qui nuisent à la perception des phénomènes déterminés par les maladies. Chez les adultes, le peu de résonnance naturelle fait reconnaître quelquefois une matité légère, mais réelle; chez les enfants, cette erreur, quand elle est commise, est due à l'excès de sonoréité.

La respiration plus active, la perméabilité plus grande du poumon, font pressentir que la résonnance de la poitrine sera plus grande, et l'observation vient confirmer la théorie. La résonnance est en quelque sorte puérile, comme le bruit vésiculaire.

Aux parties postérieures et latérales moyennes, elle est tellement claire qu'elle pourrait induire en erreur des personnes peu exercées, et leur faire croire à l'existence d'un emphysème pulmonaire. Dans ces points, la poitrine résonne comme un tambour. La sonoréité est aussi très-développée aux régions sous-claviculaires et sternales. La région inférieure droite est mate, à cause de la présence du foie; à gauche, au contraire, dans le point correspondant, le son est plus clair que dans toute autre partie de la poitrine; il est produit par la dilatation de l'estomac, toujours plus considérable, relativement, chez l'enfant que chez l'adulte. On distinguera cette résonnance à un caractère particulier, qu'on peut appeler gastrique; et d'ailleurs, elle

coïncide avec une absence complète du bruit respiratoire. Il y a un son mat à la région précordiale, mais il n'a que très-peu d'étendue, les poumons venant toujours recouvrir presque entièrement le cœur. Dans les régions sus et sous-épineuses, la percussion donne encore un son appréciable, et souvent il est facile de reconnaître par ce moyen une hépatisation, une infiltration tuberculeuse, ou une vaste caverne placées au sommet des poumons.

Comme les autres modes d'exploration mis en usage auprès des enfants, la percussion rencontre de nombreux obstacles, qui doivent conduire à lui faire subir des modifications, si on veut en tirer parti.

La percussion immédiate, bien que pratiquée avec ménagement, est toujours un peu douloureuse, elle effraie les enfants, et leur fait pousser des cris qui peuvent annuler ses résultats. On ne devra guère l'employer que pour examiner les régions mammaires dorsales et axillaires. Pour tous les autres points, on pourra la remplacer avantageusement par un procédé moins fatigant, moins douloureux : la percussion médiate. D'ailleurs, celle-ci suffit toujours, tant est grande la résonnance de la poitrine.

La percussion médiate qu'on emploie de préférence chez l'adulte, quand on examine les régions sus et sous-claviculaires, sus et sous-épineuses, peut être appliquée à l'examen de toutes les parties de la poitrine. L'enfant s'en effraie peu quand on lui a montré qu'on percute sur le doigt, ou sur un corps étranger, un morceau de caoutchouc, d'ivoire ; encore, moins on lui met sur la poitrine d'objets nouveaux pour lui, plus il se prête volontiers à l'examen. La plupart des médecins spéciaux ont l'habitude de percuter avec un ou deux doigts de la main droite tombant perpendiculairement

sur le doigt indicateur placé horizontalement. Ils ne se servent pas ordinairement d'autre plessimètre.

Chez les enfants très-jeunes, l'examen des parties postérieures et latérales de la poitrine est rendu difficile par les mouvements qu'ils exécutent et la peine qu'ils ont à se tenir assis. En pareil cas, j'ai vu souvent M. Jadelot employer le procédé suivant. Il met l'enfant à son séant, le tient entre son corps et son bras gauche qui lui sert à le soutenir, et il percute à plat sur sa main gauche étendue, avec la droite étendue également, et à l'aide de ce mode de percussion, il peut obtenir une certitude de diagnostic aussi grande que celle que présentent les autres procédés. On est souvent obligé d'y recourir quand on examine des enfants affaiblis, et qu'on n'a personne à sa disposition pour les tenir assis.

État pathologique. — Telles sont les modifications que subit chez l'enfant la résonnance naturelle de la poitrine. Voyons maintenant de quel secours nous sera la percussion dans les diverses maladies. Elle ne donne aucun résultat dans la bronchite et la coqueluche simple ; la poitrine résonne comme à l'état normal. Dans les variétés d'emphysème vésiculaire, interlobulaire, interlobaire, l'exagération de la sonoréité ne peut être grande, vu sa grande intensité naturelle, et elle échappe souvent à l'observation. Aussi bien, nous avons établi par anticipation que l'absence du son se fera plutôt remarquer que son trop grand développement, puisque son état normal chez l'enfant peut être comparé à son exagération chez l'adulte. Dans le pneumo-thorax, où la résonnance est augmentée, elle ne suffirait pas seule pour faire porter un diagnostic certain : il faut qu'elle soit liée à une dilatation du côté affecté, à une absence du bruit respi-

ratoire, ou à la présence de la respiration amphorique, ou du tintement métallique.

Dans la dilatation partielle et considérable des bronches, la percussion fait quelquefois reconnaître au sommet des poumons la présence d'une cavité pleine de liquide, qui peut être confondue avec celle que produirait une fonte tuberculeuse.

Dans la phthisie chez les très-jeunes enfants, la percussion ne donne pas d'inductions certaines. Ordinairement, ils meurent avec une éruption confluente de tubercules miliaires développés à la fois dans les poumons et les plèvres, avant que le ramollissement ait eu lieu. Mais dans les cas où la phthisie marche lentement, où le tubercule passe à l'état cru, se ramollit et forme des excavations, la percussion bien exercée peut trouver une application utile : elle fait reconnaître un son d'abord un peu obscur, puis entièrement mat. On entend quelquefois le son de pot fêlé, dans les cas où les cavernes sont assez étendues et à demi remplies de pus.

Dans la pleurésie accompagnée d'un épanchement considérable, on observe une matité qui contraste avec la sonoréité normale, et la maladie ne peut être méconnue.

Dans la pneumonie lobaire, quelle que soit son étendue, on peut, au moyen de la percussion, s'assurer de son existence et de ses limites, à moins qu'elle n'occupe les parties centrales. Dans ce cas, elle échappe à l'observateur.

Dans la pneumonie lobulaire, il est rare qu'on puisse tirer parti de la percussion. En voici les motifs : 1° elle est toujours double, et les éléments de comparaison manquent par conséquent; 2° les lobules restés sains fonctionnent plus énergiquement qu'à l'état normal pour suppléer aux lobules hépatisés, et le son puéril exagéré qu'ils donnent masque la

matité qui doit résulter des indurations partielles. Il en est de même dans l'apoplexie pulmonaire (1).

Dans la pneumonie hypostatique, on n'observe au début aucune modification du son normal; mais, plus tard, il se produit une matité qui va toujours croissant, et n'acquiert jamais cependant une aussi grande intensité que celle qu'on remarque dans la pneumonie lobaire franche. On peut la reconnaître par la comparaison de la sonoréité des deux côtés si elle n'en affecte qu'un seul; par la comparaison des parties antérieures et postérieures de la poitrine, si elle est double, comme cela a lieu le plus souvent.

Les tumeurs développées dans le poumon ou la plèvre se remarquent rarement dans l'enfance. Deux fois seulement j'en ai rencontré. Elles étaient constituées par des kystes hydatifères assez volumineux. On ne les avait pas soupçonnées, bien que la poitrine eût été examinée avec soin; il est vrai que, dans les deux cas, les tumeurs étaient placées à la base et au centre des poumons près du diaphragme, et entourées de lobules sains.

Je ne parle point ici des signes que fournit la percussion dans les maladies du cœur et du péricarde. J'en traiterai dans un mémoire à part.

AUSCULTATION.

Malgré les nombreux arguments par lesquels Laennec a cherché à motiver la préférence exclusive qu'il accordait à

(1) Si cette action exagérée des lobules sains n'existait pas, on percevrait facilement la matité. En effet, après la mort, quand les poumons sont affaissés, on perçoit un son mat qui n'existait pas pendant la vie.

l'auscultation médiate sur l'auscultation immédiate, la plupart des médecins pratiquent l'auscultation avec l'oreille aussi plus souvent qu'avec le stéthoscope, et réservent l'emploi de cet instrument pour les cas peu nombreux où l'état de malpropreté, ou de transpiration du malade, rend le contact immédiat impossible, où sa position trop basse rend l'examen incommode, où le peu d'étendue de la partie qu'on explore ne permet pas d'appliquer exactement l'oreille; enfin, pour les cas où la perception des sons est rendue plus évidente au moyen du stéthoscope, je veux parler des cas où on observe les diverses résonnances de la voix, et surtout la pectoriloquie.

L'auscultation immédiate doit être employée de préférence chez les enfants. D'abord on perçoit suffisamment des sons avec l'oreille dans la majorité des cas; ensuite la vue du stéthoscope effraie ceux qui sont très-jeunes, et il faut un assez long temps pour les familiariser avec lui, le leur faire accepter comme jouet, avant de pouvoir l'appliquer avec avantage.

Quand ils sont indociles, ce qui arrive le plus souvent, les changements de position que subit leur corps dérangent à chaque instant le stéthoscope; avec l'oreille on suit bien mieux tous leurs mouvements, sans qu'elle cesse d'être exactement appliquée. On ne devra se servir de l'instrument que dans les cas où l'enfant est sale et couvert de vermine, quand il est très-petit et que la trop grande distance de son lit à l'oreille rend gênante la position de l'observateur, quand on examine les régions sus et sous-claviculaires, quand on cherche à reconnaître la pectoriloquie.

Respiration normale. — Un enfant qui n'a point encore été ausculté s'inquiète tou d'abord de l'examen qu'on lui

fait subir, et les fonctions respiratoires sont troublées pendant quelque temps ; il s'agite, son cœur bat avec force, la respiration devient irrégulière, il reste quelques secondes sans prendre haleine, puis plusieurs inspirations inégales se succèdent rapidement, le trouble diminue graduellement et l'équilibre se rétablit ; l'exploration peut alors être accomplie. Voilà ce qui a lieu chez un enfant docile. On en voit, au contraire, beaucoup qui poussent des cris, suspendent assez long-temps leur respiration ; mais encore ici, après quelques instants, ils éprouvent un besoin irrésistible de respirer, et font de suite plusieurs inspirations profondes qui permettent de juger de la perméabilité des poumons.

Bruit vésiculaire puéril. — Laennec a décrit brièvement la respiration des enfants ; il a dit qu'elle diffère de celle des adultes par une plus grande intensité.

Il semble, dit-il, qu'on sente plus distinctement les cellules aériennes se dilater dans toute leur ampleur, tandis que chez l'adulte on croirait qu'elles ne se remplissent d'air qu'à moitié, vu que leurs parois plus dures ne peuvent se prêter à une si grande distension. Sa comparaison est juste, mais il ajoute à tort que cette différence est beaucoup moins marquée dans l'expiration. Chez les enfants, l'expiration est puérile comme l'inspiration.

Ce caractère puéril est très-manifeste, et frappe dès la première fois qu'on l'observe ; et, si on peut lui donner une valeur nominale au moyen des chiffres, on est autorisé à dire que la dilatation des vésicules est d'un tiers plus grande chez les très-jeunes enfants, et que cette intensité diminue à mesure qu'ils approchent davantage de la puberté. Sa force est telle qu'on l'entend également aux points où des plans musculeux épais éloignent l'oreille de la poitrine, comme aux

fosses sus et sous-épineuses, et même à travers de gros vêtements. A quoi tient cette plus grande intensité? On peut l'attribuer à plusieurs causes : la plus grande minceur des parois thoraciques, la plus grande dilatation de la poitrine, la distension plus ample des vésicules pulmonaires, enfin l'accélération de la respiration.

La première de ces causes peut être contestée. En effet, la respiration est également puérile chez les enfants gras et ceux qui sont maigres. Dans ce dernier cas, le bruit est plus fort, il est vrai, en ce sens qu'il est plus voisin de l'oreille; mais chez tous indifféremment existent au même degré les caractères spéciaux, c'est-à-dire la longueur de la respiration, et la sensation d'une ampliation considérable.

La seconde n'a aussi qu'une influence très-secondaire dans la production du phénomène; car chez l'adulte il n'est pas rare d'avoir un bruit respiratoire très-faible coïncidant avec une dilatation considérable de la poitrine. On l'observe souvent ainsi chez les asthmatiques.

Les deux dernières causes, au contraire, y contribuent activement. Pour le prouver, étudions certains états pathologiques, qui chez l'adulte peuvent rendre temporairement à la respiration ce caractère puéril qu'elle avait perdu par suite des progrès de l'âge. Si une maladie, pleurésie, pneumonie, etc., vient à diminuer, ou mieux à annuler entièrement l'action d'un des poumons, l'autre présente une respiration plus grande, puérile; et, dans ces cas, nous trouvons à la fois une plus grande dilatation des vésicules, et une accélération de la respiration. Chez certains asthmatiques par cause nerveuse, la respiration offre aussi le caractère puéril; chez eux elle est fortement accélérée. A laquelle de ces deux causes devons-nous attribuer le plus d'influence? Je crois

qu'elles ne peuvent exister l'une sans l'autre, et que la seconde produit nécessairement la première; en effet, plus on exerce un organe, plus il se développe. Il vaut mieux, je pense, expliquer ainsi le bruit vésiculaire puéril que de l'attribuer à un état particulier du sang, dont rien jusqu'ici n'a démontré l'existence.

Le bruit vésiculaire, quoique puéril, est suspendu dans certaines maladies; par exemple la *pneumonie lobaire*, la pleurésie, la bronchite intense, l'emphysème pulmonaire.

Dans la pneumonie lobulaire, il persiste, et concourt à rendre obscurs les phénomènes stéthoscopiques, couvrant par son intensité encore exagérée le râle et le souffle bronchique qui peuvent exister.

Dans l'éruption tuberculeuse miliaire confluente, se faisant d'une manière aiguë, le bruit vésiculaire n'est pas affaibli, et peut masquer les craquements qui existent souvent chez l'adulte en pareil cas, et sont facilement perçus, parce qu'on ne rencontre pas chez eux le même obstacle.

Respiration bronchique. — Lorsque, pour une cause quelconque, l'air ne pénètre pas dans les vésicules pulmonaires, les phénomènes de la respiration se passent dans le larynx, la trachée et les gros tuyaux bronchiques : elle s'accompagne alors d'un bruit plus fort et moins étendu que celui de la respiration vésiculaire. Il ressemble au bruit que produirait de l'air insufflé dans un tube métallique par une force intermittente, dont les émissions seraient de peu de durée. Cette respiration particulière n'est pas toujours morbide. Elle s'entend dans l'état naturel au-devant du larynx, de la trachée, à la racine des bronches. Aussi faut-il apporter bien des précautions en appliquant l'oreille sur la poitrine étroite des enfants. Chez l'adulte, le souffle bronchique ne peut être con-

fondu, si ce n'est rarement, avec aucun autre phénomène stéthoscopique; il n'en est pas de même dans le premier âge.

L'agitation qu'éprouve l'enfant détermine, comme je l'ai dit, une respiration saccadée, courte, dans laquelle l'air ne va pas jusqu'aux dernières ramifications bronchiques; il est poussé avec force dans les fosses nasales et au fond de la gorge; il y produit un retentissement qui peut en imposer, et faire croire à tort à une altération du bruit respiratoire. L'habitude seule empêchera de commettre cette erreur.

M. Meriadec Laennec dit que le bruit pueril peut, chez les enfants, donner lieu à méprise et être confondu avec le souffle bronchique, puis il ajoute qu'on distinguera ce dernier à son caractère tubaire. Sans doute, ce caractère bien apprécié a une valeur diagnostique réelle; mais il est insuffisant. Car, ainsi que nous l'avons établi, la respiration saccadée et incomplète peut prendre dans les voies aériennes supérieures un retentissement tubaire, et le timbre seul ne pourra suffire au diagnostic. Il acquerra une bien autre valeur, s'il est lié à une moindre longueur du bruit respiratoire, s'il existe également dans l'inspiration et l'expiration, s'il est partiel, s'il coïncide avec du râle crépitant, et une matité de la poitrine, de la bronchophonie; enfin, s'il persiste quand le sujet, revenu de la première émotion, respire librement, et si la respiration n'est pas bruyante à l'extérieur.

Le souffle bronchique s'entend presque constamment dans la pneumonie du sommet chez les très-jeunes enfants. Il semble alors que la paroi thoracique n'existe plus, et que le malade souffle directement dans l'oreille de l'observateur. Il peut souvent échapper dans la pneumonie où l'hépatisation est centrale. Le bruit bronchique tubaire se confond avec le

bruit vésiculaire exagéré, et la distinction est quelquefois impossible. Quelque chose d'analogue a lieu dans la pneumonie lobulaire; il y a sans doute, dès le début de l'hépatisation, un souffle local de peu d'étendue, déterminé par les indurations partielles; mais les lobules sains fonctionnent plus énergiquement que dans l'état normal, et le bruit qu'ils produisent masque le bruit morbide. Le souffle bronchique n'est perçu bien distinctement dans cette maladie que lorsqu'elle a fait de grands progrès, et a envahi la plus grande partie des poumons.

On entend aussi le souffle bronchique dans la pleurésie, surtout au niveau de l'épanchement, et dans les premiers jours; il cesse plus tard.

On l'observe dans les cas de dilatation bronchique considérable, à la suite de la coqueluche, quand les bronches d'un poumon ou d'un lobe pulmonaire ont acquis un volume double ou triple de celui qu'elles ont habituellement, et que cette dilatation est régulière; la respiration est alors tubaire comme dans la pneumonie au second degré. Si la dilatation était partielle et figurée en ampoules, le bruit serait différent, caverneux.

Quand des tubercules crus volumineux se sont accumulés dans un point des poumons, on y entend un souffle bronchique bien marqué.

Je ne l'ai pas rencontré dans l'apoplexie pulmonaire; il est vrai que, dans tous les cas que j'ai observés, l'épanchement sanguin était peu considérable, lobulaire, et on doit leur appliquer ce que j'ai dit à propos des hépatisations partielles.

Je ne l'ai pas trouvé dans les cas de tumeurs développées dans l'épaisseur des poumons; j'ai dit, à l'article Percus-

sion, quelles circonstances empêchaient la production d'un phénomène morbide.

Souffles voilé, caverneux. — Je n'ai rien de particulier à noter sur le souffle voilé, le souffle caverneux; ils se rencontrent dans les mêmes circonstances et avec les mêmes caractères que chez l'adulte.

Voix. — L'auscultation de la voix chez les enfants présente encore plus de difficultés que celle de la respiration. En effet, si un examen nouveau pour eux apporte un trouble plus ou moins marqué dans les fonctions respiratoires, il doit nécessairement cesser au bout d'un temps plus ou moins long, quand un besoin impérieux les force à faire successivement plusieurs inspirations profondes; on peut alors connaître l'état du poumon.

Mais, comme on le sait, l'absence de la voix articulée est naturelle dans la première enfance, et les sujets plus âgés peuvent à volonté la suspendre, et presque toujours ils refusent de répondre aux questions qu'on leur adresse. Dans ces cas, il est vrai, on peut encore mettre à profit la résonnance du cri qu'ils poussent, et distinguer le timbre normal du timbre altéré; mais on ne peut obtenir ainsi une grande précision. On doit donc chercher à distraire les enfants en leur adressant des questions à la portée de leur âge: avec un peu d'habitude et de patience on y parvient ordinairement.

Résonnance normale. — Comme chez l'adulte, la voix résonne assez fortement au-devant du larynx, de la trachée, à la racine des bronches. D'ailleurs, dans toute l'étendue de la poitrine la résonnance est moins forte que chez l'adulte, ce qui tient au timbre plus grêle de la voix, à la finesse plus grande du tissu pulmonaire, qui est alors moins bon con-

ducteur du son. Cette diminution de l'intensité de la résonnance s'efface à mesure que l'enfant avance en âge.

Résonnances morbides. — On observe chez l'enfant toutes les résonnances morbides qui se remarquent chez l'adulte, et dans les mêmes circonstances. Elles correspondent aussi exactement à certains bruits anormaux de la respiration.

La *bronchophonie* existe à tous les degrés, et avec son timbre particulier, la voix résonne comme dans un tube métallique. Quand on ne peut entendre la voix, qu'elle est remplacée par des cris, ceux-ci ont un caractère spécial; ils sont bronchophones. La bronchophonie s'entend très-bien dans la pneumonie lobaire, les dilatations bronchiques, les infiltrations tuberculeuses considérables. Elle est tantôt évidente, tantôt douteuse. On ne l'entend presque jamais dans la pneumonie lobulaire. Je ne répéterai pas ici l'énumération des circonstances auxquelles la bronchophonie est due, de celles qui s'opposent à sa production. On peut appliquer ici ce que j'ai dit à propos du souffle bronchique, ces deux phénomènes coïncidant toujours ensemble.

La *pectoriloquie* ne présente rien de particulier; elle est tantôt claire, tantôt douteuse, éloignée ou rapprochée. Elle coïncide avec des gargouillements et du souffle caverneux. On l'entend plus rarement que chez l'adulte à cause de la marche différente de la phthisie. Chez les très-jeunes enfants elle se développe d'une manière aiguë, et souvent la mort a lieu avant que de grandes cavités se soient formées, quelquefois même avant le ramollissement complet des tubercules.

L'*égophonie* ne s'entend que rarement, parce que les pleurésies sont presque toujours partielles et circonscrites; elle a lieu dans la pleurésie intense, et se présente avec les mêmes caractères que chez l'adulte. Seulement, elle est plus difficile

encore à distinguer de la bronchophonie. Elle paraît au début de l'épanchement, diminue quand il augmente, et revient à mesure que la résolution s'opère.

Plus d'une fois pendant que, l'oreille appliquée contre la poitrine d'un enfant, j'essayais en vain par mes questions de le déterminer à parler, j'ai été frappé de cette remarque; savoir, que ma voix retentissait avec presque autant de force que celle du malade, et pouvait ainsi me donner *extérieurement* ce qui me manquait *intérieurement*. J'ai répété bien des fois l'expérience, et dans le plus grand nombre des cas elle a réussi. J'ai appliqué souvent ce mode d'exploration chez l'adulte avec M. Piedagnel, et nous avons reconnu que cette résonnance artificielle avait les mêmes caractères, timbre et intensité, que celle produite par la voix du malade. J'ai trouvé le procédé applicable au développement de la bronchophonie, de la pectoriloquie, mais surtout de l'égophonie. Je n'ai jamais pu constater aucune résonnance dans les cas où les poumons parfaitement sains donnent une respiration puérile dans la bronchite simple; très-rarement je l'ai pu distinguer dans la pneumonie lobulaire. Je ne cherche nullement à expliquer le phénomène; il me suffit de dire quel parti j'en ai pu tirer.

Toux.— L'auscultation de la toux ne présente ici presque rien de particulier, si ce n'est la peine qu'on a souvent à l'obtenir du malade. Elle ne résonne nullement quand la respiration est puérile; elle est tubaire quand la respiration est bronchique; caverneuse dans les cas d'excavation bronchique ou tuberculeuse.

Seulement, quand on recommande aux petits malades dont la poitrine est saine de tousser avec force, on entend, pendant les premières expirations, un déplissement des vé-

sion les pulmonaires accompagné d'un râle crépitant extrêmement fin et sec, qui pourrait en imposer et faire croire à l'existence d'une pneumonie au premier degré ou d'un emphysème pulmonaire.

Dans la coqueluche, la toux a une influence marquée sur les phénomènes stéthoscopiques; à l'imminence d'une quinte le bruit respiratoire est faible, presque entièrement suspendu; on entend un murmure léger mélangé de râles muqueux et sibilant, puis survient un accès de toux suivi d'expectoration; le râle humide disparaît et la respiration se rétablit accompagnée de râle sonore.

Dans le croup, la toux résonne avec un bruit métallique. Quand la trachée et les bronches sont remplies de fausses membranes peu adhérentes, on entend à chaque secousse un claquement produit par leur déplacement.

Dans les fistules pulmonaires, la toux a le caractère amphorique. Dans les pneumonies lobaires, les pleurésies, la toux résonne fortement comme chez l'adulte. Dans la pneumonie lobulaire on n'entend aucune résonnance morbide, le phénomène se passe entièrement dans la gorge. Les enfants sont trop affaissés pour contracter les muscles de la poitrine.

Bruits étrangers, râles. — On rencontre chez les enfants tous les râles que Laennec a signalés chez les adultes, râles vésiculaires et bronchiques, secs ou humides. Ils présentent toutefois ici quelques différences que je vais indiquer.

Râle crépitant. — Il existe dans l'enfance avec toutes ses variétés; il est sec ou humide, gros ou fin, rare ou abondant.

Il s'entend dans la pneumonie lobaire, et persiste pendant tout le temps que la maladie reste au premier degré; il est suspendu quand le poumon est hépatisé, reparaît (*redux*)

quand la résolution s'opère, puis devient plus gros, plus humide, et cesse entièrement quand la résolution est complète. Toutefois, il m'a paru se prolonger plus long-temps après la guérison, quand déjà depuis plusieurs semaines il n'y avait plus ni fièvre, ni dyspnée. Il se manifeste avant la matité, s'entend quelquefois en son absence, et dans les autres cas persiste quelque temps encore après qu'elle a cessé. Il est aussi toujours plus gros, plus humide que chez l'adulte. Le râle crépitant le mieux caractérisé est celui qui se produit dans l'état normal après un effort de toux. La force du bruit vésiculaire, l'absence de fièvre, de dyspnée, l'absence du râle lui-même quand on ne fait pas tousser le malade, empêcheront qu'on ne le confonde avec celui qui annonce un engouement inflammatoire du poumon.

Il n'existe pas toujours dans les pneumonies qui ont leur siége à la partie centrale du poumon. Pour le produire, il faut faire faire aux malades des inspirations fortes, ou même encore les engager à tousser plusieurs fois de suite; on l'entend alors, mais sourd et éloigné.

Dans la pneumonie lobulaire intense, le râle qu'on entend est singulièrement modifié, mêlé à une respiration exagérée du souffle bronchique obscur, du rhoncus et du râle sibilant. Le râle crépitant est alors sec, mais en même temps assez gros et toujours très-abondant. Il est en quelque sorte confluent, et les bulles sont tellement rapprochées, que les crépitations isolées se confondent et semblent réunies en une masse qui se soulève à chaque mouvement de la poitrine. Une secousse de toux les écarte pour un moment, puis leur réunion a lieu de nouveau.

Dans l'œdème du poumon, résultat d'une infiltration gé-

nérale ou d'une affection du cœur, on entend un râle crépitant très-gros et humide (sous-crépitant).

Dans l'emphysème du poumon vésiculaire, interlobulaire ou interlobaire, le râle crépitant est sec et fin. On ne l'entend pas constamment à cause de l'exagération du bruit vésiculaire normal, dans les points nombreux où le tissu pulmonaire est resté sain.

Les râles muqueux, caverneux, le gargouillement, existent dans les mêmes circonstances que chez l'adulte : bronchite, excavation tuberculeuse, dilatation bronchique, hépatisation grise. Seulement, il faut noter que les râles qui se remplacent quelquefois chez l'adulte se succèdent ici plus souvent avec de fréquentes alternatives.

Dans les catarrhes intenses qui accompagnent la rougeole et suffisent quelquefois pour amener la mort, le râle est sous-crépitant, et mêlé de roncus et de râle sibilant.

Râles secs. — On retrouve dans la bronchite les râles secs roncus sibilant, chant de tourterelle, soit seuls, soit mêlés à du râle humide muqueux ou sous-crépitant.

Dans la coqueluche, on trouve souvent tous ces râles réunis.

Bruit de soupape. — Dans plusieurs cas de croup bronchique, j'ai entendu, en arrière de la poitrine, un bruit de soupape qui m'a fait reconnaître la présence de fausses membranes flottantes dans les bronches. On sentira toute l'importance de ce phénomène en se rappelant que la trachéotomie ne présente quelques chances de succès que dans les cas où la sécrétion albumineuse est bornée au larynx.

Expiration prolongée. — Jackson de Philadelphie a observé, chez l'adulte, une prolongation de l'expiration, à laquelle il attribue avec raison une grande valeur diagnostique

dans les affections tuberculeuses commençantes. Je l'ai trouvée souvent, chez l'enfant, au début de la phthisie.

Craquements. — Il en est de même des craquements qui existent dans des circonstances pareilles. Ce bruit particulier ne peut être comparé à aucun râle. Il existe pendant les deux bruits respiratoires, et même dans l'intervalle qui les sépare. J'ai constamment pu noter cette dernière particularité qui peut servir à distinguer les craquements des différents râles. Je ne sache pas qu'aucun auteur ait fait cette remarque.

Bruit de frottement. — J'ai entendu plusieurs fois, mais plus rarement que chez l'adulte, le bruit de frottement de la plèvre ascendant et descendant, au début et à la terminaison de la pleurésie sèche ou accompagnée d'un épanchement peu abondant. Il coïncidait avec un frémissement très-sensible à la main pendant la respiration, nul pendant la phonation, et avec une résonnance égophone de la voix.

Tintement métallique; voix, respiration, toux amphoriques. — Les perforations pulmonaires, les grandes excavations, sont rares chez les enfants; aussi a-t-on peu d'occasions d'entendre le tintement métallique, la voix, la toux, la respiration amphoriques. Toutefois, je les ai entendus plusieurs fois chez des phthisiques ou des enfants atteints de gangrène du poumon. Dans un cas de phthisie observée sur un enfant de douze ans, qui fut pris subitement de tous les signes d'une perforation de la plèvre, point de côté, dyspnée, fièvre, dilatation rapide d'un côté de la poitrine, sonorité exagérée, tintement métallique, voix, respiration, toux amphorique, on a pu suivre pas à pas les efforts de la nature tendant à la guérison. Les phénomènes stéthoscopiques qu'on percevait d'abord dans tout le côté de la poitrine ont

peu à peu diminué d'étendue pour cesser complètement, et la malade est sortie paraissant guérie.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Traité des études médicales, ou de la manière d'étudier et d'enseigner la médecine; par E.-F. Dubois (d'Amiens), professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, etc.

Abréger le travail, c'est prolonger la vie, dit une maxime qui n'est point paradoxale, et tel est assurément le bienfait d'une direction éclairée dans les études que l'on veut entreprendre. La méthode et le temps sont les deux premières conditions requises pour appliquer utilement ses facultés à des travaux quelconques. Lorsque la réflexion nous a permis de reporter nos regards en arrière, et de profiter pour l'avenir de l'expérience du passé, nous nous sommes demandé si nous n'aurions pas pu obtenir de meilleurs résultats avec des efforts beaucoup moindres, et cette question a été bientôt affirmativement résolue. La méthode dans les études est au moins aussi nécessaire que le temps qu'on y consacre : sans elle, le travail est plus long et plus pénible, le savoir sans ordre et sans cohésion, et parfois même assez défectueux pour qu'on éprouve le besoin d'oublier des erreurs, afin de réédifier plus solidement sur de nouvelles bases.

L'utilité d'une bonne méthode d'étude et d'enseignement se fait d'autant plus vivement sentir que le sujet auquel on en veut faire une application est lui-même plus vaste et plus complexe. Et quelle science plus que la médecine nous offre ce double caractère de la multiplicité, jointe à la diversité des objets? Aussi, n'est-ce pas de nos jours seulement que de bons esprits se sont occupés de rendre les études médicales plus méthodiques. Mais ce but désirable avait-il été atteint? M. Dubois ne l'a pas pensé, et il s'est appliqué à remplir cette lacune. Il a cru que la méthode d'étudier et d'enseigner la médecine était susceptible de perfectionnement, et cette conviction l'a déterminé à publier un *Traité des études médicales*.

Le titre de l'ouvrage en indique l'esprit et le but : c'est une œuvre didactique destinée aux élèves qui étudient et aux hommes qui enseignent la médecine; l'art de guérir n'y est point traité. M. Dubois, que recommandent d'autres savants écrits, ne pouvait choisir un terrain plus convenable. Homme érudit, bon logicien, écrivain habile, son talent devait s'exercer avec fruit sur la philosophie des études médicales, et c'est une aptitude qu'il a justifiée.

Toutefois, une difficulté a dû tout d'abord s'offrir à lui, et nous avouons que, pour notre part, nous l'eussions trouvée fort embarrassante. Cette difficulté, la voici : dans un livre qui n'a pour objet que la méthode, que faut-il dire et que convient-il de taire de la science à laquelle on prétend l'appliquer? Veut-on indiquer dans quel ordre de succession sont présentées à l'élève les choses qu'il doit apprendre? mais un tableau synoptique suffirait. Manque-t-on de sens et de mesure dans les développements de la méthode? le rôle est changé, on n'expose plus un plan d'étude ou d'enseigne-

ment applicable à une science : c'est la science même qu'on enseigne, on substitue la fin au moyen.

Placé sans cesse entre ces deux écueils, M. Dubois les a habilement tournés, quand il n'avait pu les tenir à distance égale. En justifiant sa méthode, il a fait disparaître l'aridité d'un tableau synoptique, et il a généralement effleuré avec discernement les sujets scientifiques dont il ne devait exposer que le plan d'étude. Avant de nous prononcer sur ses principes méthodologiques qui sont l'objet important de notre examen, tâchons d'abord de les faire connaître.

Selon M. Dubois, et nous partageons, à cet égard, son avis, l'organisation de l'enseignement dans les facultés a plus de tendance à l'éclat qu'à l'utilité. Peu soucieux de la gradation logique, de l'enchaînement naturel des notions intellectuelles, les professeurs sont généralement plus préoccupés de leur renommée que du soin de former de bons élèves. Si cette indépendance des chaires est, sous quelques rapports, tolérable ou même utile dans les lieux de haut enseignement, comme la Sorbonne, le Collége de France, etc., elle est, au contraire, très-préjudiciable dans les facultés chargées d'une éducation spéciale qui prépare la jeunesse à l'exercice d'une profession. Dans celles-ci, le plan d'enseignement devrait être collectif, et combiné par les professeurs de manière à ce que chaque chose ne fût exposée qu'une fois, et à sa place logique. Alors, pour étayer cette assertion d'un exemple, les élèves n'entendraient plus les professeurs d'histoire naturelle, de chimie, de pharmacie, de matière médicale, de médecine légale, décrire chacun à leur tour le même objet, tandis qu'ils devaient se borner, le premier à en exposer les caractères physiques, le second les propriétés chimiques, le troisième les mélanges, le quatrième l'emploi thérapeutique, le cinquième

les propriétés toxiques, s'il n'en avait pas été question en pathologie. Enfin, chaque professeur, pénétré de sa participation spéciale à un enseignement collectif dont toutes les parties auraient été méthodiquement classées, reprendrait les sujets qui ont divers points de contact au point même où les aurait laissés son collègue.

Nous verrons bientôt dans quel ordre de succession devrait se dérouler le vaste tableau des études médicales; mais disons avant quelle est l'opinion de M. Dubois touchant l'éducation première du jeune sujet qu'on destine à la médecine.

Vainement l'esprit paradoxal ou le besoin d'excuse pour soi-même ont voulu ravaler les avantages de la culture préalable des lettres chez celui qui doit se vouer à l'art de guérir, en s'appuyant de l'exemple de quelques hommes illétrés qui l'ont exercé et enseigné avec distinction. Pour l'intellect comme pour le moral, la négligence de l'éducation première laisse une empreinte indélébile, et, relativement à ce qu'il aurait pu devenir, l'homme reste toujours au-dessous de ses dispositions natives.

Mais à quel genre d'*études préliminaires* convient-il de donner la préférence pour développer l'esprit du futur élève en médecine? M. Dubois est ici d'accord avec l'université pour soutenir les avantages de la culture des langues anciennes, bien moins comme but définitif que comme instruments intellectuels, comme moyens d'acquisition. Il pense même que, durant les études classiques, une direction spéciale prématurée vers la médecine nuirait plus qu'elle ne profiterait. Il ne propose donc pas de modifications dans les études préliminaires de celui qui doit un jour embrasser la carrière médicale.

Sous le nom d'*études de transition*, M. Dubois examine

quelle est la part de la rhétorique, de la philosophie, des mathématiques, dans l'éducation des facultés intellectuelles qu'on appliquera un jour à la médecine. En apprenant à bien dire, à bien penser, à procéder dans les recherches avec logique et exactitude, ces études de transition ont une importance qu'il est facile d'apprécier. Ainsi, rien de changé dans l'éducation classique du futur élève en médecine. Cette opinion est certainement sujette à controverse, mais M. Dubois l'appuie de solides arguments.

Quoique la méthode soit applicable aux exercices de l'intelligence de quelque genre qu'ils soient, il faut cependant reconnaître que les lettres sont bien moins susceptibles que les sciences d'un enseignement bien régularisé. C'est qu'il y a entre les unes et les autres toute la différence d'un fond purement intellectuel et mobile comme les idées mêmes, à une base matérielle et invariable. Aussi les principes méthodologiques de M. Dubois ne sont-ils réellement formulés qu'au moment où il aborde les *études scientifiques*. Ici, il examine d'abord ce que sont les sciences en général. Les faits scientifiques, existant par eux-mêmes, ne les constituent pas : elles sont le produit de l'intelligence qui apprécie, coordonne, systématise ces faits. Mais ce travail intellectuel a subi d'étranges vicissitudes, et l'histoire des sciences nous présente les travaux de l'esprit humain sous des points de vue bien différents. Selon M. Dubois, les sciences offrent généralement trois périodes : la *période hypothétique* ou de déduction *à priori*, dans laquelle on part de principes préconçus pour expliquer les phénomènes ; la *période critique* dans laquelle les phénomènes eux-mêmes sont mieux observés, et les fausses théories renversées ; enfin la *période de systématisation*, dans laquelle les faits scientifiques déjà con-

nus sont d'abord groupés d'après leur identité ou leur analogie, et ensuite rattachés, par induction, à des lois ou principes qui ne sont que l'expression de ce qu'il y a de plus commun et de plus constant parmi ces faits.

Telle est la marche qu'ont généralement suivie les sciences : mais le professeur doit-il faire passer l'élève par les mêmes détours, lorsque les faits sont déjà systématisés dans son esprit ? M. Dubois ne le pense pas, et nous croyons comme lui que si l'analyse découvre plus sûrement que la synthèse, la synthèse enseigne mieux que l'analyse. Telle était aussi sans doute l'opinion de Baglivi, lorsqu'il a dit qu'un architecte qui voudrait produire un monument achevé se garderait bien de laisser dégrader le coup-d'œil par la présence des échafaudages. Le professeur doit donc procéder des généralités aux particularités, ou des lois aux phénomènes.

Maintenant, dans quel ordre de succession les sciences seront-elles plus méthodiquement étudiées ? M. Dubois répond dans l'ordre même de leur indépendance, et pour chacune d'elles suivant une généralisation décroissante dans les notions scientifiques. En d'autres termes, il faut que la science que l'on étudie n'ait pas à emprunter des notions à celle dont l'étude viendra ensuite. Même précepte pour chaque partie d'une même science. Conséquemment à ces principes méthodologiques, la plus indépendante de toutes les sciences, l'astronomie, serait étudiée la première, puis la physique, ensuite la chimie, enfin, la botanique et la zoologie. M. Dubois ne se borne pas à indiquer ces larges divisions, il signale, dans chaque science en particulier, les ordres de faits les plus indépendants les uns des autres, ou de moins en moins généraux. Comment concilier cette appa-

rente contradiction? C'est par synthèse qu'il procède, et pourtant, conformément à l'analyse, il s'avance du connu à l'inconnu. C'est que la contradiction est plutôt dans les mots que dans les choses. Les généralités bien déduites contiennent tout aussi bien les faits particuliers encore inconnus, que les faits particuliers renfermant les généralités dont la formule vient ensuite. Rappelons seulement que la synthèse n'est réellement préférable que lorsque les sciences sont formées.

Nous arrivons enfin aux *sciences médicales* proprement dites. L'anatomie s'offre la première; mais est-ce par l'anatomie générale ou par l'anatomie descriptive que M. Dubois va commencer? Conséquemment à son principe de généralisation décroissante, et d'indépendance dans laquelle les notions actuellement enseignées doivent être des notions qu'on acquerra ultérieurement, l'anatomie générale précédera la descriptive. En effet, sortant des formes, de la situation des rapports qui lui sont propres, on ne peut pas parler d'un seul organe sans rapporter à sa structure une foule de notions d'anatomie générale auxquelles l'élève ne comprend rien, si l'on n'a commencé par là. Il faut qu'il connaisse d'abord ce que c'est qu'un nerf, un vaisseau, le tissu cellulaire, la fibre, etc. L'anatomie générale est plus indépendante de l'anatomie descriptive que celle-ci de la première. M. Dubois conseille donc de procéder à l'étude de l'organisation normale par les tissus d'abord, puis par les appareils. Il examine ensuite quelle est la meilleure méthode de classer les organes en anatomie descriptive.

En physiologie, même marche, c'est-à-dire que la physiologie générale doit précéder celle des fonctions en particulier. En effet, l'action séparée de chaque système ou appareil organique est subordonnée à des lois ou propriétés

communes à l'organisme collectivement considéré. Ces lois, forces ou propriétés à la fois vitales et organiques, l'élève doit d'abord les connaître, sous peine de n'avoir autrement que des idées obscures et très-incomplètes de chaque fonction en particulier. M. Dubois conseille ensuite d'étudier celles-ci d'après l'ordre même de leur priorité d'évolution dans la série zoologique, les fonctions de la vie organique précédant celles de la vie animale, et les fonctions nerveuses venant en dernier lieu.

L'hygiène suit naturellement la physiologie, et il va sans dire qu'avant d'aborder les trivialités de l'hygiène privée variable pour chaque individu, l'élève devra être initié aux grandes questions d'hygiène publique, connaître les conditions générales de salubrité ou d'insalubrité qui soumettent simultanément les populations à leur influence. L'auteur, déployant, à ce propos, le talent d'un publiciste et d'un économiste profond, expose comment doivent être étudiés les rapports de l'état sanitaire des peuples avec les climats, les institutions sociales et politiques, les progrès de la civilisation, etc.

C'est également par la pathologie générale que l'élève devra commencer l'étude des situations anormales de l'organisation. M. Dubois examine d'abord le grand fait de la maladie, et il discute les diverses opinions sur cette importante question de doctrine. Abordant bientôt l'anatomie pathologique, il s'attache à faire ressortir les points de vue scientifiques dominants des anatomo-pathologistes les plus en renom, de Laennec, Lobstein, Meckel, de MM. Cruveilhier et Andral. Du reste, bien différent des nécroscopistes enthousiastes qui prétendent trouver dans les altérations cadavériques le dernier mot de la pathologie, M. Dubois n'admet pas que, dans l'état actuel de la science, l'anatomie et la physio-

logie pathologiques soient susceptibles d'un enseignement régulier : « En ce sens que le professeur d'anatomie pathologique montrerait aux élèves des lésions organiques dont son collègue, le professeur de physiologie pathologique, indiquerait les effets ; de telle sorte qu'à eux deux, ils compléteraient l'histoire des maladies. » C'est qu'on n'est pas encore parvenu, qu'on ne parviendra peut-être jamais à établir une suffisante connexion entre les faits statiques et les faits dynamiques de l'organisation. Aussi, comparant dans un coup-d'œil historique les différentes manières dont on a envisagé et défini la maladie, M. Dubois trouve-t-il que le point de vue fonctionnel doit l'emporter sur le point de vue anatomique. Il adopte et nous adoptons très-certainement cette définition de Reil : La maladie est un *acte* produit, effectué par l'organisme que des circonstances insolites ont porté à convertir quelques-unes de ses opérations régulières en d'autres qui sont anormales.

M. Dubois examine ensuite les principaux sujets de pathologie générale suivant son principe, déjà énoncé, de généralisation décroissante, et il arrive ainsi logiquement à la pathologie spéciale. Celle-ci sera d'abord théoriquement enseignée, la clinique viendra comme moyen de vérification. Mais combien il importerait que les deux professeurs placés sur deux différents théâtres s'accordassent au lieu de se contredire, comme on le voit souvent ! Quelles perplexités et bientôt quel découragement pour l'élève, de ne savoir qui croire du maître qui lui a parlé du haut de sa chaire, ou de celui qui, au lit du malade, cherche à démontrer le contraire de ce qu'a dit le premier !

A la suite de la pathologie vient se ranger la thérapeutique. Ici, M. Dubois reconnaît sagement d'abord les forces spon-

tanément conservatrices et restauratrices de l'organisme : sans elles, que deviendraient tant de peuples dépourvus de médecins ? Poursuivant les considérations de thérapeutique générale, qui est seule susceptible d'étude, abstraction faite des maladies en particulier, l'auteur engage, pour la troisième fois, une discussion avec les statisticiens dont il ne partage pas les opinions. Il est assez curieux, en effet, d'entendre formuler des conclusions de cette espèce : la saignée, dans l'érysipèle de la face, abrége la maladie de trois quarts d'un jour. Les moyennes ne donnent pas des résultats moins rigoureux, quand on veut ainsi soumettre au calcul les effets d'une médication quelconque contre une maladie déterminée. Mais quel est le médecin doué de quelque bon sens qui pense que des maladies simplement homonymes réclament le même traitement ? Et s'il est prouvé que dans une maladie donnée, les émissions sanguines, par exemple, retardent la guérison des enfants, des vieillards, des sujets lymphatiques et cacochymes, tandis qu'elles hâtent le retour à la santé des adolescents robustes et pléthoriques, sur quelle base hétérogène et fausse n'asseoiront-ils pas leur moyenne, ceux qui les auront saignés tous indistinctement ? Et c'est ce qu'on appelle la méthode par excellence pour apprécier les médications ! Soit, mais à condition de ne rapprocher jamais que des semblables, et ce n'est certainement pas le même nom imposé à la maladie, qui suffira pour établir l'identité des états pathologiques. A côté de la dénomination qui indique tant seulement la place nosologique, il est des considérations bien autrement importantes : ce sont les indications, et celles-ci n'ont pas été soumises au calcul.

De tout temps, la matière médicale, la pharmacologie, ont été traitées comme une partie distincte de l'art de gué-

rir. Les principes méthodologiques de M. Dubois n'admettent pas que les agents thérapeutiques puissent être présentés collectivement à l'élève comme une branche séparée de l'art. En effet, ce ne peut être qu'une récapitulation de leur histoire naturelle, ou une remémoration de leur emploi en pathologie.

La médecine légale, qui ne vit aussi que d'emprunts, ne saurait être rationnellement systématisée comme une branche indépendante de l'art de *guérir*. Il en est de même de l'obstétrique : tous les problèmes de l'accouchement rentrent dans la physiologie de la génération, s'il est naturel, et dans la thérapeutique chirurgicale, s'il faut que l'accoucheur intervienne avec la main seule ou armée d'instruments. Faisons remarquer toutefois que M. Dubois ne désapprouve nullement que des hommes spéciaux publient des traités de pharmacologie, de médecine légale, d'accouchements. Il dit seulement que les notions qui constituent ces spécialités médicales se refusent, *dans l'enseignement*, à une systématisation rigoureuse. Ces notions sont essentiellement dissociées, éparpillées dans le cadre des études médicales, et, du point de vue d'une méthode vraiment logique, l'artifice qui les réunit est une sorte de superfétation.

Enfin, l'histoire de la médecine paraît à l'auteur un indispensable complément des études médicales. Dans une science où les systèmes, les méthodes d'observation et les observations elles-mêmes ont varié sous tant d'influences diverses qui peuvent sans cesse se reproduire et donner naissance aux mêmes égarements, il importe au médecin de puiser dans les temps passés des enseignements qui lui servent pour le présent et l'avenir.

Dans l'aperçu que nous venons d'en présenter, quelle idée

avons-nous pu donner du Traité des études médicales? La plus incomplète, assurément, et nous nous empressons de le dire. Qu'avions-nous à examiner? Une méthode d'étude et d'enseignement applicable à une science dont les grandes divisions, que nous avons seules mentionnées, sont présentées dans un ordre invariable depuis des siècles. Certainement M. Dubois eût été fort mal inspiré si, poussé par l'ambition d'innover, il eût voulu d'abord que les sciences précédassent les lettres, et qu'en médecine on commençât par la thérapeutique pour finir par l'anatomie. Si donc il a laissé subsister l'enchaînement principal des connaissances médicales tel qu'il était déjà du temps de Galien, où se trouve l'invention ou l'opportunité de son livre? Ce mérite, que nous n'avons pu faire connaître parce qu'il eût été trop long de suivre l'auteur dans tous les détails, réside surtout dans l'application soutenue d'une méthode philosophique aux divisions et subdivisions de chaque branche de la médecine. Sous ce rapport, nous pouvons le dire, l'auteur ne s'est point traîné sur des sentiers rebattus, et le mode d'enseignement qu'il propose, s'il ne devait rencontrer de sérieux ou d'invincibles obstacles, serait réellement plus logique et plus lumineux que celui qu'on suit communément. Nous avons déjà fait connaître les principes de méthodologie qu'il applique à la progression des études médicales. La plus importante de ces règles méthodologiques, c'est que les choses actuellement enseignées n'aient de base que dans les notions déjà acquises et soient indépendantes des notions qu'on devra acquérir ultérieurement. Pour nous servir d'un exemple trivial, on pourrait être bon anatomiste sans connaître la physiologie, tandis qu'il est impossible de posséder la physiologie si l'on n'est préalablement anatomiste; de même

on n'aura qu'une idée très-incomplète de la physiologie des fonctions en particulier, si l'on n'a pas étéinitié à la physiologie générale. L'élève enseigné selon ce précepte d'indépendance dans les sciences successives, et de généralisation décroissante dans les faits scientifiques d'une même catégorie, cet élève, disons-nous, avancera d'un pas assuré sur un terrain affermi, éclairé par les notions antécédentes, assez chaines en elles-mêmes pour se passer des lumières d'un horizon encore reculé.

M. Dubois voudrait que ce mode de progression scientifique fût appliqué avec rigueur au cercle des connaissances médicales, et certainement il ne l'est pas. C'est pour montrer la possibilité d'exécution de ce plan qu'il a conçu et publié son ouvrage. Destiné en apparence aux élèves, son Traité des études médicales nous paraît plutôt à l'adresse des médecins qui enseignent ou qui dirigent l'enseignement; mais les uns et les autres pourront le consulter avec fruit.

S'il nous est permis maintenant de présenter quelques remarques critiques qui portent sur l'ensemble et non sur les détails, laissés en dehors de cette discussion, nous dirons que plus d'une fois M. Dubois a dit trop ou trop peu sur les sujets nombreux et variés qu'embrassait son cadre. Trop s'il ne voulait qu'indiquer et motiver leur place logique; trop peu s'il voulait les enseigner. Or, quoique l'auteur ait généralement mis du soin, de l'habileté, du discernement pour éviter cet écueil que nous avons signalé dès le principe, il n'y a pas toujours réussi. Ensuite, il y a deux manières d'envisager un traité des études médicales : la méthode pour étudier chaque chose à propos, et les sources où l'on doit puiser les meilleurs matériaux d'instruction. M. Dubois a certainement envisagé son objet sous cette double face, mais

non pas avec un soin égal : il a trop accordé à la méthode, pas assez à la mention du mérite des ouvrages que l'élève devrait méditer. Nous avons, sous ce dernier rapport, constaté de regrettables lacunes. Et cependant, ce n'est pas l'érudition qui manque à M. Dubois ; car dans un siècle où on la néglige beaucoup trop, peu de jeunes médecins sont aussi versés que lui dans la littérature médicale ancienne et moderne. Jadis collaborateur de la *Revue médicale*, et imbu dès ce temps-là des principes de la médecine hippocratique, il laisse toujours percer dans ses écrits des lueurs de ce feu sacré, non plus aussi pur, il est vrai, que dans les prolégomènes de son *Traité philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*; mais enfin, sous le rapport des doctrines médicales, nous pouvons du moins nous entendre avec M. Dubois, puisqu'il professe encore le dogme fondamental de la force vitale quand il dit que *la maladie est un acte qui n'a point de siége, mais seulement une cause, des moyens et un but.*

A. LAGASQUIE.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Nouveau point de suture pour l'opération du bec-de-lièvre. — Degré de certitude du diagnostic dans les maladies de l'appareil cérébro-spinal. — Séméiologie des affections du cœur. — Addition à l'histoire de la notencéphalie. — Épidémie d'embarras gastriques et de fièvres bilieuses. — Constitutions érysipélateuses qui règnent habituellement à l'Hôtel-Dieu de Paris pendant plusieurs mois de l'année. — Usage externe de la vératrine dans le traitement des névralgies. — Hémiplégie intermittente coïncidant avec une fièvre tierce. — Guérison spontanée d'une cataracte. — Aber-

rations en médecine. — Empoisonnement par les champignons vénéneux.

Gazette médicale (Décembre 1838).

I. — *Nouveau point de suture pour l'opération du bec-de-lièvre;* par M. le docteur MAYOR, de Lausanne. — Nous avons toujours accueilli avec intérêt les réformes que M. Mayor s'efforce, depuis plusieurs années, d'introduire dans les méthodes opératoires et les appareils chirurgicaux. Nous allons exposer en peu de mots le nouveau procédé que cet ingénieux chirurgien propose dans l'opération du bec-de-lièvre. Après avoir rafraîchi convenablement les deux bords de la division labiale, il importe surtout, pour le succès de l'opération, que les deux angles inférieurs soient tenus exactement et solidement en rapport l'un avec l'autre; c'est en effet sur ce point que les muscles de la face exercent, par leurs contractions, les tiraillements les plus considérables dans les actes variés de rire, de crier, de pleurer, de tousser,... etc.;... et là gît le danger de voir échouer une opération d'ailleurs très-bien faite. Pour échapper à ce danger, M. Mayor substitue à la suture entortillée un *simple point de couture* qu'il établit à l'aide d'une aiguille enfilée d'un fil double, au bout duquel il a attaché d'avance un petit tampon de coton, de charpie ou d'éponge. Il plonge d'abord cette aiguille perpendiculairement, et d'avant en arrière, dans toute l'épaisseur de la lèvre gauche, près de l'angle inférieur, à une ligne environ du bord antérieur de la plaie. Il tire ensuite le fil jusqu'à ce que le tampon, qui fait ici l'office de nœud, appuie exactement contre le petit trou que l'aiguille a fait en entrant. Il procède immédiatement au placement d'un pareil lien au côté opposé, en perçant avec la même aiguille l'angle de la di-

vision de droite, mais de dedans en dehors, et aux mêmes distances respectives observées à gauche. L'aiguille ayant ainsi traversé la lèvre droite, après avoir fait froncer les deux fragments de la lèvre supérieure vers la ligne médiane, il coupe le fil, puis il le dédouble, et, faisant placer entre ses deux bouts une boulette de coton, d'éponge ou de charpie, il forme par-dessus un nœud simple, qui, à mesure qu'il est serré, pousse devant lui la boulette, et la presse contre la lèvre jusqu'au degré nécessaire à un heureux rapprochement des surfaces saignantes. Le reste du pansement peut être ensuite terminé, suivant les circonstances, avec une ou deux épingles à insectes, un ou deux points de suture entrecoupée, ou même simplement quelques bandelettes d'un emplâtre agglutinatif. Dans tous les cas possibles, il ne pourra plus être question d'aucune autre pièce d'appareil; et le petit malade, aussi rapidement que facilement pansé, ne tardera pas à se laisser calmer et distraire.

Si cependant les lèvres de la division n'étaient pas parfaitement rapprochées sur leur face externe, par les simples pressions en sens inverse des boulettes, il sera facile d'obvier à cet inconvénient. Il suffira en effet, au lieu de couper le fil tout près de ses nœuds, d'en ménager de chaque côté un bout long de quelques pouces. On n'aura alors qu'à croiser et nouer ces deux fils au-devant de la plaie, sur laquelle on pourra au besoin étendre un peu de fine et molle charpie, afin de produire une pression efficace et plus douce. Ce moyen simple remplacera l'action compressive du fil qu'on fait passer et repasser en huit de chiffres nombreux sur les deux bords de la division, dans la suture entortillée, sans les inconvénients que ce fil peut avoir par ses superpositions inutiles et sa trop forte pression derrière l'aiguille.

En dernière analyse, les deux avantages que le procédé de M. Mayor, indépendamment de sa simplicité, peut avoir sur l'ancienne méthode, sont les suivants :

1° C'est qu'une déchirure de tissus sera moins à craindre par la raison que le point de suture pratiqué à l'aide d'un fil double, muni de deux gros nœuds mollets, embrasse la lèvre dans toute son épaisseur.

2° C'est que le travail de cicatrisation ne sera pas entravé par la présence dans la plaie même de corps étrangers, tels que sont les aiguilles employées dans la suture entortillée.

II. — *Recherches cliniques sur le degré de certitude du diagnostic dans les maladies de l'appareil cérébro-spinal;* par M. C. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg. — Il est incontestable que les maladies du système cérébro-spinal ont été analysées dans ces derniers temps avec beaucoup de succès. Cependant, à côté des auteurs qui ont prétendu, dans leurs ouvrages, pouvoir toujours porter un diagnostic certain et facile des lésions encéphaliques, il en est d'autres qui, rejetant une pareille certitude et une pareille précision, se sont autorisés de cas exceptionnels pour ne voir que confusion et contradiction dans cette partie de la pathologie : c'est par le scepticisme que ces écrivains ont réagi contre ce vertige de simplification pathologique et d'unité thérapeutique, qui tendait à se propager sous l'empire de certaine doctrine exclusive. Mais le remède ne fut-il pas pire que le mal? M. Forget pense que l'époque est arrivée où l'on peut réduire à leur juste valeur les exagérations en sens contraire, pour ce qui concerne les difficultés du diagnostic appliqué aux lésions matérielles de l'appareil cérébro-spinal; et c'est dans un but de conciliation et d'après le résultat de ses propres observations qu'il a publié ce mémoire assez étendu. Il rappelle

d'abord, à juste titre, qu'il n'est pas un médecin tant soit peu instruit qui ne croie pouvoir se prononcer avec quelque assurance dans les cas les plus communs de congestion cérébrale, de méningite, d'apoplexie, de ramollissement et même de lésions organiques, telles que tubercules, tumeurs cancéreuses ou autres, qui s'offrent journellement dans la pratique. Or, ce grand fait, ce fait vulgaire, fait déjà pressentir qu'il y a du vrai dans les principes établis par nos devanciers; et l'opposition, à cet égard, ne pourrait porter que sur des cas rares, qui, par cela même, font sensation, et qu'on reproduit seuls, les autres ne présentant rien que d'ordinaire. Ces cas doivent entrer certainement comme éléments dans les chances d'erreurs; mais ces chances sont assez minimes pour ne pas arrêter l'observateur dans l'énonciation du diagnostic probable, et dans l'application des moyens thérapeutiques. M. Forget traite successivement dans son mémoire des lésions de l'encéphale proprement dit, et de celles du prolongement rachidien.

Lésions de l'encéphale. — 1° *Congestions encéphaliques.* — Sur sept cas de cette espèce, les six premiers ont été généralement caractérisés par la pesanteur ou douleur de tête, la rougeur de la face, l'engourdissement, l'hébétude, une réaction fébrile plus ou moins prononcée : la facilité avec laquelle ces symptômes se sont dissipés sous l'influence du traitement ordinaire a confirmé l'exactitude du diagnostic. Le septième est relatif à une femme qui, par suite d'ivresse, mourut dans moins de vingt-quatre heures, sans recouvrer la connaissance, et dans un état de résolution complète des membres; le pincement de la peau réveillait un peu de sensibilité à gauche. M. Forget se refusa à diagnostiquer une apoplexie, à cause de l'absence de râle trachéal, et de la dilatation égale des pupilles.

2° *Encéphalites générales.* — La physiologie et l'observa-

tion tendent à faire confondre l'inflammation des méninges avec celle de la pulpe cérébrale, vu que les phénomènes fonctionnels de la période d'irritation émanent manifestement du cerveau lui-même. Cependant l'appareil symptômatique présente des différences, que les bons observateurs savent très-bien saisir, lorsque l'inflammation prédomine dans les méninges. Appliquant le mot *encéphalite* aux cas où l'irritation paraît siéger à un égal degré dans le cerveau et dans ses enveloppes, M. Forget en cite une observation, dont le sujet est un jeune homme de vingt-huit ans, qui mourut au bout de deux jours dans la période d'irritation. En faisant dans cette observation la part des phénomènes d'expression, propres à la méningite d'une part, et d'autre part à la cérébrite, il place dans la première catégorie le délire, l'agitation, les convulsions; dans la seconde, la contracture des membres, le spasme tétanique, l'insensibilité générale, les urines involontaires. Pour signes communs aux deux affections, il indique l'injection de la face, le changement des pupilles, l'état fébrile,... etc....

3° *Méningites.* — Partageant l'opinion de MM. Cruveilhier, Ribes, Meckel,... etc.,... M. Forget pense que la pie-mère est exclusivement le siége de la méningite. Cette donnée anatomique explique très-bien les symptômes cérébraux, la pie-mère pénétrant dans les sinuosités des circonvolutions, envoyant des vaisseaux à la pulpe cérébrale, et lui communiquant ainsi l'irritation dont elle est le siége. Parmi les cas de méningite rapportés dans cette partie du mémoire, nous en avons surtout remarqué un qui est relatif à un homme de soixante ans, qui fut apporté à la clinique avec une paralysie de tout le côté droit, la respiration stertoreuse, et l'ensemble de symptômes d'une hémorrhagie cérébrale. Le sujet, d'après les renseignements donnés par sa famille, était habituellement maladif; mais l

n'avait offert de paralysie que depuis deux jours. Il mourut le troisième jour de son entrée à l'hôpital. M. Forget diagnostica sans hésiter un épanchement sanguin dans l'hémisphère gauche du cerveau. A l'autopsie, il trouva, principalement sur l'hémisphère gauche, la pie-mère épaissie de cinq à six lignes environ par une substance gélatineuse, très-consistante, qui envoyait des prolongements entre les circonvolutions, lesquelles étaient aplaties et comprimées en tout sens. Ainsi la compression cérébrale, cause de l'hémiplégie, au lieu d'être produite par du sang, était le résultat d'un épaississement circonscrit des méninges. M. Forget ne connait pas d'observation semblable dans la science.

4° *Ramollissement cérébral.* — Le ramollissement de forme inflammatoire est de beaucoup le plus commun : on peut le diviser en primitif, lorsqu'il survient sans cause matérielle appréciable, et en consécutif, lorsqu'il résulte de la présence d'un corps étranger ou de productions morbides (tumeurs fibreuses, cancers, tubercules, hydatides, exostoses), qui tôt ou tard développent de l'inflammation. Le diagnostic n'a jamais été fautif dans aucun des cas observés par M. Forget.

5° *Apoplexie sanguine.* — Nous en dirons autant de l'hémorrhagie cérébrale. Certains auteurs ont voulu confondre les symptômes de cette maladie avec ceux de quelques ramollissements à subite explosion; ou bien encore ils ont rappelé, à ce sujet, l'apoplexie séreuse et l'apoplexie nerveuse des anciens. Il n'en est pas moins vrai, que, dans la grande majorité des cas, pour qui sait les voir et les bien analyser, les phénomènes de l'apoplexie sanguine s'expriment clairement.

Lésions du prolongement rachidien. — Cette partie de la science, de création toute nouvelle en quelque sorte,

réclame encore pour se compléter de nombreuses observations. Le petit nombre de faits que publie M. Forget sur cette matière ne peuvent être considérés que comme de simples documents sur les maladies de la moelle épinière et de ses enveloppes. Les deux principaux ont rapport, l'un à un cas de méningite rachidienne, et l'autre à un cas de ramollissement de la moelle allongée : il faut ajouter même que ces cas ne sont point simples ni bien évidents, puisqu'ils ont été observés sur des individus affectés de graves maladies concomittantes. F. R.

Archives générales de médecine (Janvier 1839.)

Recherches sur quelques points de la séméiologie des affections du cœur ; par J.-H.-S. Beau, chef de clinique à l'hôpital de la Charité. — Voici, d'après l'auteur, la seule théorie admissible des bruits et des mouvements du cœur :

1° La succession des mouvements s'opère ainsi : contraction des oreillettes, dilatation des ventricules, contraction des ventricules, dilatation des oreillettes ; puis retour de la série...

2° Le premier bruit du cœur, inférieur ou ventriculaire, a lieu dans le moment où l'ondée sanguine, chassée par la contraction de l'oreillette, vient dilater brusquement le ventricule ; il est produit par le choc de cette ondée contre la paroi opposée du ventricule.

3° Le second bruit, supérieur ou auriculaire, est le résultat de l'arrivée de la colonne de sang apportée par les troncs veineux, et du choc de cette colonne contre la paroi antérieure de l'oreillette.

4° Le rhythme des mouvements du cœur se compose de

trois temps réguliers et égaux, savoir : contraction de l'oreillette, dilatation du ventricule, contraction du ventricule (premier temps); dilatation de l'oreillette, abaissement des valvules semi-lunaires qui retiennent le sang dans les artères (deuxième temps) ; silence qui succède aux bruits ventriculaire et auriculaire, durant lequel la dilatation de l'oreillette continue jusqu'à complète réplétion (troisième temps).

5° Le choc de la pointe du cœur contre la paroi thoracique est l'effet de la diastole du ventricule et non point de la systole (ou mieux de la réplétion des oreillettes), comme on le croit généralement.

M. Beau se livre ensuite à l'étude de la symptomatologie des maladies du cœur, et résume ses opinions à cet égard en assertions dont quelques-unes seulement trouveront place ici :

1° L'hypertrophie des ventricules ne donne pas lieu par elle-même au choc de la région précordiale. Ce choc n'existe à un haut degré que lorsque l'hypertrophie des ventricules s'accompagne d'une hypertrophie des oreillettes.

2° Les bruits anormaux sont produits par le frottement exagéré que le sang exerce contre les parois des cavités cardiaques, ce qui arrive lorsqu'il y a défaut de proportion entre l'ondée sanguine et le calibre de ces cavités, que ce soit d'ailleurs les orifices qui soient resserrés ou le volume de l'ondée qui soit augmenté.

3° Le rétrécissement des orifices peut avoir lieu sans bruit anormal, si le volume de l'ondée sanguine a subi une diminution proportionnelle ; c'est ce qui arrive fréquemment chez les vieillards.

4° Il est impossible de distinguer par le siége des bruits à la région précordiale quel est le côté du cœur dont les orifices sont affectés.

Bien entendu que nous laissons à M. Beau la responsabilité de ses opinions. G.

L'Expérience (Décembre 1838).

Addition à l'histoire de la notencéphalie, par Natalis GUILLOT, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Après avoir fait remarquer les défauts que présentent ordinairement les descriptions de fœtus monstrueux, pour ce qui regarde l'examen des organes intérieurs, M. Guillot explique ce qu'on entend par notencéphalie en tératologie. C'est un vice de conformation qui consiste dans la présence d'une espèce de tumeur formée par les parties de l'encéphale, et leurs enveloppes recouvertes par la peau du crâne, descendant de la partie postérieure de la tête et retombant sur le dos en formant une masse extraordinaire. M. Guillot a recueilli un fait de ce genre. L'enfant qui en était l'objet a vécu douze heures environ. L'auteur trace les particularités qu'il présentait. La tête a été surtout l'objet d'une description très-détaillée. Elle se partageait en deux parties : l'une antérieure, composée de la face assez bien conformée en apparence, sur laquelle il n'y avait aucune division inter-maxillaire, ni en avant, ni en arrière des os du palais; l'autre postérieure, offrant une tumeur volumineuse, recouverte de cheveux, plus grosse que la tête d'un enfant d'un an. En retombant sur le dos, elle entraînait par son poids la tête de l'enfant, et forçait ainsi la face à changer de direction et à regarder en haut. La pression y déterminait une fluctuation très-sensible. La dissection a montré que cette tumeur, recouverte d'ailleurs par la peau du crâne et les membranes cérébrales, était formée de quatre poches irré-

gulières superposées, contenant une matière liquide qui n'était autre chose que de la sérosité, et une matière solide, blanchâtre et nâcrée, simulant un amas de nerfs mêlés d'une manière inextricable, composée de deux parties, l'une présentant de l'analogie avec la substance encéphalique, l'autre se rapprochant du tissu qui forme les plexus ganglioniformes. Cette dernière était parcourue par un nombre infini de petites artères. M. Guillot trouve insuffisantes pour expliquer cette monstruosité les théories qui ont été données à ce sujet. Ne sachant si elle est due à un germe primitivement difforme, ou à une maladie du fœtus pendant la gestation, il aime mieux avouer qu'il existe dans ces remarquables organisations quelque chose que nous ne pouvons comprendre, et rappeler en terminant cette sentence de Bacon : *Nil fingendum, nil excogitandum, sed inveniendum quid natura ferat, quid natura faciat.*

Journal des connaissances médico-chirurgicales (Janvier 1839).

I. — *Histoire d'une épidémie d'embarras gastriques et de fièvres bilieuses.*—Pendant les mois de février et de mars 1838, au moment où le froid était le plus intense, l'apparition d'une constitution bilieuse se fit remarquer dans les salles du professeur Fouquier. Elle régna épidémiquement, et présenta la plus grande analogie avec celles que Stoll a si bien décrites. Pendant sa durée, le tartre stibié, soit seul, soit uni à un sel cathartique amer, fut employé avec beaucoup de succès, et put être regardé comme moyen héroïque. L'emploi des anti-phlogistiques associés aux vomitifs n'eut

pour tout résultat que de prolonger indéfiniment la maladie et d'amener une longue convalescence. La méthode anti-phlogistique, seule et sans vomitifs, eut, dans un seul cas, le triste avantage de procurer une guérison qui se fit attendre pendant 46 jours, et qui fut suivie d'une convalescence très-longue. Tels sont les résultats pratiques que l'auteur de l'histoire de cette épidémie a cru devoir consigner dans son mémoire, et qui l'ont amené à conclure : 1° Que dans des cas analogues à ceux qu'il a observés, il convient d'employer la méthode évacuante seule, sauf les indications qui peuvent naître d'accidents particuliers ou de complications diverses, et de rejeter la méthode anti-phlogistique, soit seule, soit unie aux vomitifs ; 2° que dans quelques cas exceptionnels, cependant, une petite saignée peut être utile, mais qu'il faut, en général, être très-sobre de ce moyen, et ne pas négliger pour cela la méthode évacuante. Des observations nombreuses dans lesquelles ce traitement a été employé avec succès, viennent justifier ces conclusions.

II. — *Des constitutions érysipélateuses qui règnent habituellement à l'Hôtel-Dieu de Paris pendant certains mois de l'année*, ou de l'érysipèle d'hôpital, considéré sous le point de vue chirurgical. — M. Boinet passe d'abord en revue les causes qui produisent les constitutions érysipélateuses, et signale comme les plus communes 1° la constitution régnante de l'atmosphère ; 2° la position topographique de l'hôpital ; 3° les passions tristes de l'âme ; 4° le régime et les remèdes débilitants ; 5° enfin, le mode vicieux des pansements. Il cite plusieurs observations à l'appui de ces assertions, et s'attache à développer les opinions nouvelles de MM. Blandin et Sanson sur la nature de la maladie, sur son siége et sur les symptômes caractéristiques qu'elle offre dans ses diverses espèces. Suivant M. Sanson, l'érysipèle se divise en trois es-

pèces : l'érysipèle lymphatique, l'érysipèle veineux et l'érysipèle proprement dit. La première occupe la peau, le tissu cellulaire; elle s'observe plus particulièrement chez les enfants, chez les adultes dont la peau est fine, blanche, facile à injecter. La seconde, au contraire, est plus commune chez les vieillards et chez ceux dont la peau est épaisse, peu colorée, et dont les veines sont prononcées; elle ne se rencontre pas chez les enfants. La dernière espèce est bornée à la peau : des symptômes particuliers, qu'il serait trop long d'énumérer ici, caractérisent ces diverses variétés. Pour M. Blandin, cet exanthème est une inflammation des radicules lymphatiques produites le plus souvent par une cause externe. Quant aux érysipèles par cause interne, ils sont produits, suivant ce chirurgien, par un miasme qui ébranle toute l'économie. Le traitement que M. Blandin a le premier conseillé consiste à appliquer des sangsues coup sur coup sur les ganglions lymphatiques, dans le but de débarrasser la lymphe de toute irritation, lorsqu'elle reprendra son cours vers les ganglions viscéraux. M. Boinet s'occupe ensuite des changements qui ont lieu dans une plaie lorsqu'elle est attaquée d'érysipèle, de sa marche et des phénomènes qu'elle offre à l'observateur; puis il formule les propositions suivantes, qui résument assez bien son travail : 1° L'érysipèle est épidémique à l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant certaines saisons de l'année; 2° les circonstances qui produisent l'érysipèle chez les opérés peuvent tenir à des causes excitantes, mais elles dépendent ordinairement de l'influence de certaines constitutions atmosphériques; 3° dans ces circonstances, les plaies résultant des opérations sont presque à coup sûr frappées de cette complication : aussi doit-on s'abstenir d'opérer, à moins d'urgence extrême; 4° La saison froide et humide est celle qui favorise le plus son développement; 5° la plus petite plaie

n'échappe pas à son influence, lorsqu'il règne épidémiquement; 6° chacune des espèces d'érysipèles a des symptômes qui lui sont particuliers; 7° le tissu cellulaire, les vaisseaux veineux, les vaisseaux lymphatiques, peuvent être, séparément ou à la fois, le siége de l'érysipèle, ce qui constitue l'érysipèle veineux, l'érysipèle lymphatique, et l'érysipèle proprement dit; 8° les embarras gastriques, si faciles à développer chez les blessés, paraissent favoriser son apparition; 9° on peut le prévenir dans les hôpitaux par des moyens d'hygiène sagement combinés, et qui consistent à avoir des hôpitaux d'une construction élevée, qui ne soient jamais encombrés de malades, et où la propreté et la salubrité de l'air règnent constamment; 10° enfin, le traitement par les évacuants est le meilleur, et celui qui compte le plus de succès.

H. S.

Bulletin de thérapeutique (Décembre 1838).

I. — *Usage externe de la vératrine dans le traitement des névralgies.* — M. Florent Cunier annonce avoir tenté avec succès plusieurs essais de ce genre, en combinant l'action des sudorifiques et de la vératrine. Il pense que si les praticiens qui ont expérimenté le même agent thérapeutique, et de la même manière, n'ont pas obtenu les mêmes résultats, cela tient plutôt au mauvais choix, à la mauvaise préparation de la substance médicamenteuse, qu'à son inefficacité contre les névralgies, surtout en ne négligeant pas l'emploi simultané des sudorifiques.

M. Florent Cunier prescrit la vératrine en frictions sur le siége de la douleur, à la dose de 5 à 10 grains, dissous dans une huile ou de l'axonge. Ce moyen détermine communé-

ment de légers accidents toxiques : des frémissements, des spasmes, une sueur froide, du malaise, ou l'aggravation momentanée des douleurs. On administre alors une infusion chaude de fleurs de sureau, de tilleul, etc., en couvrant bien le malade.

II. — *Hémiplégie intermittente coïncidant avec une fièvre tierce.* — La première période de la fièvre était très-longue, le frisson se prolongeait au moins six heures ; au bout de ce temps, la chaleur apparaissait avec paralysie du côté droit... Quand la fièvre arrivait à son déclin, tous ces symptômes disparaissaient, et il ne restait qu'une sensation de froid dans le côté droit. Le sulfate de quinine réussit comme d'ordinaire.

Ce n'est pas sans raison qu'en rapportant cette observation, M. le docteur Dassit fait remarquer combien peuvent être fallacieuses les relations qu'on prétend toujours exister entre le trouble des fonctions et les lésions matérielles des organes. Dans l'hémiplégie pyrétique intermittente dont nous parlons, il n'est rien moins que probable assurément qu'une hémorrhagie, bientôt résorbée, eut lieu chaque fois dans la substance cérébrale; tout au plus pourrait-on concevoir, se formant et se dissipant avec cette promptitude, une collection de sérosité. Mais ce serait réhabiliter les apoplexies séreuses dont les anatomistes de ce siècle ne veulent point. Nous serions pourtant curieux de savoir s'ils auraient trouvé un caillot sanguin dans le cerveau de notre hémiplégique !

III. — *Guérison spontanée d'une cataracte.* — M. Serres d'Uzès, qui rapporte cette observation, suppose que les deux cataractes étaient de nature liquide; que cette humeur

cristalline opaque a pu rompre son enveloppe, s'épancher et être résorbée.

Quoi qu'il en soit, un vieillard octogénaire, dit-il, après avoir été pendant deux ans privé de la vue, et avoir offert les apparences de deux cataractes, se réveilla un matin fort surpris et fort émerveillé de revoir la lumière. M. Serres, qui constata le phénomène un mois après, ne retrouva plus de cataracte à l'œil gauche.

A. L.

Journal de médecine pratique de Bordeaux (Novembre et Décembre 1838).

I. — *De quelques aberrations en médecine,* par M. Coste. — Parmi les aberrations qui ont signalé la dernière époque médicale, M. Coste indique comme une des plus saillantes et des plus fâcheuses l'invasion de la chimie dans la médecine. C'est à la philosophie du *positivisme,* dit-il, que l'on doit cette nouvelle déviation de l'art médical. Impatients de pénétrer dans la nature intime des choses, nous ne voulons néanmoins admettre comme réel que ce qui tombe immédiatement sous nos sens, plutôt que de nous en rapporter à la sévérité du raisonnement, à cette sage induction qui fait en quelque sorte découler les faits les uns des autres. De là, selon M. Coste, une autre erreur, la manie d'accumuler des faits particuliers qui ne sont que des lettres mortes, celle de multiplier dans les observations une foule de détails minutieux sans aucune valeur, tandis qu'on néglige l'étude de ces traits caractéristiques qui sont la physionomie d'une maladie, propre à la faire reconnaître dans tous les cas analogues. Ainsi n'agissaient point Hippocrate, Baillou, Arétée, Sydenham. Mais la presse pé-

riodique, ajoute M. Coste, ne demandait pas alors à être alimentée, et la tentation si grande de nos jours d'occuper de soi la renommée, ne travaillait pas tant les Van Swieten et les Morgagni, qui mettaient trente ans, leur vie entière, à publier leurs travaux. Les prétentions de l'anatomie pathologique à vouloir tout expliquer n'ont point échappé à l'auteur de ce mémoire. Il lui a été aisé d'en montrer toute la futilité. Il n'a pas eu plus de peine à prouver l'insuffisance du microscope et des réactifs chimiques, à découvrir la nature, la texture intime soit des solides, soit des liquides du corps vivant. Pour preuve de ce qu'il avance, M. Coste appelle l'attention sur la variété des résultats auxquels Berzelius, Vauquelin, Thénard, Dumas, Muller, Denis, Lecanu, sont arrivés sur ce point, de même que MM. Donné, Raspail, et tous les autres micrographes. Il rejette donc les réactifs chimiques, le microscope, comme des auxiliaires inopportuns au lit des malades, tout en reconnaissant leur importance dans une foule de recherches d'une autre nature. M. Coste n'est pas l'ennemi systématique du microscope, pas plus que de l'analyse chimique et de l'anatomie pathologique; il ne s'élève que contre leurs prétentions exagérées. Il aime le progrès et les idées neuves, mais il en signale les abus. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire le discours remarquable dans lequel M. Coste a signalé avec tant de justesse et de vérité les aberrations nombreuses auxquelles notre art a été en butte dans les quelques années qui viennent de s'écouler. L'auteur nous paraît s'être placé au véritable point de vue de la philosophie hippocratique.

II. — *De l'empoisonnement par les champignons vénéneux*, par M. Chansarel. — L'auteur de ce mémoire rejette comme antidote des champignons vénéneux le vinaigre qui

a la funeste propriété de dissoudre la partie active de ces végétaux, et celle d'irriter les parties enflammées par l'ingestion du poison. Pour les mêmes raisons, le sel commun, l'éther ne doivent pas être employés. L'émétique peut être utile lorsque l'absorption du poison n'a pas eu lieu, mais c'est perdre du temps si elle est déjà effectuée. Pour M. Chansarel, la noix de galle, et surtout le tannin, qui est un de ses éléments constitutifs, est le seul et le véritable antidote des champignons. Il agit en neutralisant le principe vraiment toxique de ce végétal, la gélatine. Ainsi, on prend une once de noix de galle d'Alep, que l'on pulvérise grossièrement ; on la fait bouillir quelques instants dans une pinte d'eau ; on passe le liquide à travers un verre, puis on en fait prendre au malade par petites verrées, toujours tiède, et associé avec un mucilage quelconque, de cinq en cinq minutes. Quant au tannin, M. Chansarel l'administre à la dose de 30 à 40 grains, dissous dans une bouteille. Un pareil traitement lui a parfaitement réussi dans plusieurs cas d'empoisonnement par les champignons, dont il rapporte les détails. H. S.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGERE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ITALIENS.

Accidents causés par l'introduction de l'air dans les veines.—Exemple remarquable de fécondité : accouchement de cinq enfants. — — Traitement de la dysenterie par l'acétate de plomb à haute dose.— Section du tendon d'Achille. — Sécrétion extraordinaire du lait chez une femme de plus de cinquante ans. — Décoction d'artichauts contre la fétidité de la transpiration cutanée.— Hermaphrodisme.— Incertitude des signes de la grossesse.— Pratique

de la lithotripsie en Italie. — Extraction par le forceps d'une petite bouteille introduite dans le rectum. — Emploi du colchique contre la goutte. — Extrait de ciguë et d'aconit contre les inflammations aiguës de la poitrine. — Nouveau traitement des fièvres intermittentes par la neige. — Première dentition survenue seulement à l'âge de 17 ans. — Guérison d'un cas de tétanos traumatique. — Ossification du corps vitré. — Issue de 56 lombrics par un abcès ombilical.

I. — *Accidents causés par l'introduction de l'air dans les veines.* — On se rappelle la longue discussion qui a eu lieu à ce sujet tout récemment à l'Académie de médecine de Paris. Les débats auxquels elle a donné lieu ont engagé le professeur Portal, de Palerme, à publier une observation qui lui a paru corroborer l'opinion des médecins qui regardent l'introduction de l'air dans les veines comme pouvant causer des accidents funestes et promptement mortels ; cette observation, la voici. Le docteur Portal pratiquait l'extirpation d'une tumeur enkystée située vers le bord interne du muscle sterno-mastoïdien sur une femme d'une cinquantaine d'années. La dissection du kyste n'a offert aucune particularité digne d'être notée, si ce n'est l'ouverture d'une veine d'assez petit calibre qui a été incisée dans le fond de la plaie, et qui, malgré sa petitesse, a donné lieu à une hémorrhagie abondante. Cette hémorrhagie, peu grave par elle-même, a été accompagnée d'accidents formidables qui ont failli coûter la vie à la malade. A l'instant même de l'ouverture du vaisseau, elle s'est sentie frappée comme d'un coup de foudre, et poussant un cri, elle est tombée sur-le-champ en syncope avec des convulsions alarmantes et un tremblement général dans tout le corps. Au même instant, la respiration est devenue précipitée, une sueur froide a couvert la malade, et une altération profonde des traits de la face a complété ce tableau effrayant.

Le professeur Portal, attribuant la cause de ces accidents subits à l'introduction de l'air dans la veine incisée, comprima sur-le-champ le vaisseau ouvert dans le fond de la plaie, et vit aussitôt diminuer graduellement et disparaître ce cortége de symptômes si graves; mais la crainte de le voir se reproduire, lui fit sagement prendre le parti de laisser l'opération inachevée et de confier à l'inflammation suppurative l'élimination des lambeaux de tissu cellulaire induré encore adhérents au fond de la plaie. Ce moyen réussit à merveille; car un mois environ après l'opération, la guérison était complète.

Le professeur Portal rappelle, à ce sujet, à ses élèves, les observations analogues citées par les chirurgiens de Paris, dans la discussion de l'Académie, et notamment un fait rapporté par le docteur Amussat. Ce chirurgien, au moment où il divisait une veine thoracique, dans l'extirpation d'un sein cancéreux, entendit un bruit semblable à celui qui résulte de la brusque introduction de l'air dans une cavité par une étroite ouverture. Au même moment, la malade fut frappée des mêmes accidents que nous venons de mentionner chez l'opérée de M. Portal, et s'écria : *Je me meurs!* La compression du vaisseau suffit seule pour mettre fin aux accidents.

II. — *Exemple de fécondité extraordinaire : accouchement de cinq enfants.* — La nommée Joséphine Califani, de Naples, âgée de trente-deux ans, demeurant rue du Sergent-Major, 21, d'une grande énergie physique et morale, fut mariée à l'âge de quatorze ans à un nommé Emmanuel Sernatoli, âgé de vingt-sept ans. Pendant les dix années qu'elle vécut avec ce mari, elle mit au monde dix enfants en huit couches, la cinquième et la sixième ayant donné chacune deux jumeaux. Mais sa progéniture semblait être d'autant moins robuste qu'elle était plus nombreuse; car de ces dix enfants

et de ceux qu'elle a eus depuis d'un autre lit, et dont nous allons parler, il ne lui reste plus que son premier enfant, âgé de dix-huit ans.

Après la mort de son mari, cette jeune femme demeura trois ans veuve, et épousa, après ce laps de temps, en secondes noces, Félix Avallon, âgé de vingt-neuf ans. Elle eut d'abord, par suite de ce second mariage, deux grossesses qui ne présentèrent rien de remarquable et qui arrivèrent à terme. Mais une troisième grossesse, la onzième depuis son premier mariage, avait produit une distension extraordinaire du ventre, lorsque, au septième mois, les douleurs de l'enfantement se firent sentir, et le 21 juin 1838, à deux heures du matin, cette femme accoucha naturellement de cinq enfants, dont quatre filles et un garçon.

Les cinq fœtus se présentèrent tous régulièrement par la tête; le fœtus mâle fut d'abord expulsé, et après lui, un des fœtus femelles; puis, après un intervalle de douze à quinze minutes, vinrent trois autres petites filles. Les deux premiers enfants vécurent une demi-heure, et les trois derniers quelques minutes seulement. Tous furent baptisés.

Ces cinq enfants offrent un développement régulier, ils sont bien constitués et d'une ressemblance entre eux fort remarquable. Leur volume est celui de fœtus ordinaires de six mois; leur poids de trois livres et demie chacun environ, et leur longueur d'un pied. Chez tous, l'insertion du cordon ombilical a lieu quatre lignes plus bas que d'ordinaire. Les testicules du fœtus mâle ne sont point encore descendus dans le scrotum.

Les placentas sont au nombre de quatre seulement, tous munis de leurs membranes respectives; mais l'un d'eux a un volume double des trois autres et présente deux cordons ombilicaux dans le même sac membraneux.

Les cinq fœtus, avec leurs placentas et leurs membranes,

ont été déposés au cabinet anatomique royal, provisoirement situé dans l'hôpital St-François.

III. — *Traitement de la dysenterie par l'acétate de plomb à haute dose* — La petite commune de Villamaïna, pays très-malsain par sa situation, par la nature de son sol et par la misère de ses habitants, est souvent le théâtre d'épidémies dysentériques qui sévissent surtout après les grandes variations de température et les changements brusques de saisons. L'épidémie dysentérique qui envahit ce malheureux pays en 1832, y fit des ravages contre lesquels luttèrent en vain toutes les ressources de l'art.

Désespéré de l'insuccès de tous les moyens thérapeutiques employés, le docteur P. Macchia, qui avait eu connaissance des résultats avantageux obtenus dans un cas analogue par un pharmacien, au moyen de l'acétate de plomb administré à la dose de deux drachmes dans les 24 heures, essaya de soumettre lui-même ses malades à ce mode de traitement.

L'auteur cite, à ce sujet, l'observation d'une femme parvenue au dernier degré du marasme, à la suite d'une dysenterie chronique, dont elle fut atteinte comme les autres pendant l'épidémie. Tout avait été employé chez elle sans avoir obtenu le moindre amendement, et on l'avait abandonnée à son malheureux sort, lorsque le docteur Macchia la soumit au traitement par le sel de Saturne. L'administration de l'acétate de plomb opéra bientôt un effet merveilleux. La maladie, dès ce moment, prit une marche rétrograde, l'amélioration devint progressive, et la malade revint en peu de temps à la santé.

Encouragé par le résultat si favorable qu'il venait d'obtenir, le docteur Macchia a, depuis, soumis à ce traitement plus de soixante malades, et en a obtenu les plus heureux

résultats. Aujourd'hui, il n'emploie plus dans les dysenteries épidémiques d'autre traitement que l'acétate de plomb, sauf une application de sangsues, ou un purgatif huileux, lorsque l'indication en est précise et évidente.

Le premier effet de ce sel est d'arrêter les évacuations alvines et de calmer les douleurs; on l'emploie communément chez l'adulte, à la dose de deux drachmes en vingt-quatre heures.

L'auteur insiste avec l'accent d'une conviction profonde sur les bons effets de ce remède, qu'il recommande vivement aux médecins praticiens. A ceux qui ne voudraient point en essayer dans la crainte des effets toxiques, le docteur Macchia répond que l'acétate de plomb, comme la plupart des substances médicamenteuses, n'agit pas de la même manière sur les organes sains et sur les organes malades. Il cite pour exemple l'opium qui, dans des cas de tétanos, a été introduit sans danger dans l'économie à des doses capables de donner la mort dans toute autre circonstance.

IV. — *Section du tendon d'Achille.* — Personne n'ignore que la plupart des pieds-bots, et surtout le pied-équin-varus avaient été, jusqu'à ces derniers temps, regardés comme autant de difformités incurables. Aussi la section du tendon d'Achille, pour le redressement des pieds-bots, doit-elle être considérée comme un véritable et important progrès de la chirurgie moderne. Thilenius, Michaelis, Delpech et Stromayer ont été les premiers qui l'aient mise en pratique, et leurs procédés opératoires ont été modifiés et réduits aujourd'hui à une simplicité admirable. On sait que les succès obtenus par MM. Duval, Bouvier, Blandin, Lawrence et Liston, sont si nombreux et si remarquables, que la guérison des pieds-bots par la section des tendons dé-

chisseurs ou extenseurs du pied, selon le genre de difformité, est un fait définitivement acquis à la science.

Les docteurs Bruni, Spécino et Timoniello ont été les premiers qui aient pratiqué avec succès la ténotomie en Italie; mais déjà, il faut le dire à l'honneur de ce pays, des établissements orthopédiques spéciaux viennent d'être formés, et celui qu'a établi le docteur Bruni sur le penchant de la belle colline de Vomèro, mérite à tous égards des éloges. Ce chirurgien publie en outre un journal uniquement consacré à cette branche de l'art de guérir, et dote ainsi la science d'un recueil bien propre à favoriser les progrès déjà si rapides de l'orthopédie.

V. — *Sécrétion du lait, et allaitement extraordinaire chez une femme âgée de plus de cinquante ans.* — Parmi les nombreuses victimes immolées à Naples par le fléau asiatique, une jeune mère venait de succomber, laissant un jeune enfant à la mamelle. Cette chétive créature allait elle-même devenir la victime non du fléau qui semblait respecter sa frêle existence, mais de la terreur publique; car la crainte de la contagion faisait que personne ne voulait se charger de l'allaiter. Dans l'accablement de la douleur que lui causait la perte de sa fille unique, et le sort déplorable de son petit-fils, qui mourait de faim, la grand'mère de l'enfant, femme de plus de cinquante ans, porta instinctivement à son sein le petit orphelin, qui le saisit avec avidité. Il y demeura quelque temps attaché, et ce ne fut pas sans un vif étonnement que sa grand'-mère aperçut le lait jaillir de son sein flasque et affaissé, et qu'elle vit s'opérer chez elle le retour d'une fonction que son âge semblait avoir anéantie pour toujours. Depuis ce moment, les mamelles de cette femme ont acquis un nouveau développement, et repris, en quelque sorte, une nouvelle vie; le lait n'a cessé d'y affluer, et

elle a pu continuer de nourrir le fils que lui laissait en mourant sa propre fille.

Ce phénomène insolite fut regardé comme un fait miraculeux, et attribué à une protection toute spéciale de Notre-Dame des Sept-Douleurs, qui est à Naples l'objet d'un culte particulier. Mais tout en respectant la croyance religieuse de cette femme, nous pensons que ce fait, bien qu'extraordinaire, n'est pas sans exemple, et qu'il est d'ailleurs explicable d'une manière satisfaisante par les lois de la physiologie.

VI. — *Emploi de la décoction de racine d'artichaut* (carduus hortensis) *contre la fétidité de la transpiration du creux de l'aisselle et autres parties.* — Il est une incommodité repoussante, plus commune chez la femme que chez l'homme, la fétidité de la transpiration du creux de l'aisselle et autres parties. Dans un mémoire publié sur ce sujet par le docteur Guastamacchia, l'auteur raconte l'observation suivante.

Une dame, affectée de transpiration abondante et fétide du creux de l'aisselle, se présenta à moi pour être débarrassée de cette dégoûtante infirmité. Outre les moyens hygiéniques et les soins de propreté que je lui conseillai d'abord, je cherchai dans les ouvrages anciens et modernes s'il n'y aurait pas quelque médication spécifique à opposer à cette fétidité. Je lus dans le dictionnaire médico-chirurgical de James qu'Aëtius proposait de faire boire aux personnes affectées de cette maladie une décoction vineuse de racine d'artichauts sauvages, qui, en provoquant une sécrétion urinaire abondante et fétide, débarrassait les malades de leur infirmité. Il y est dit aussi que quelques personnes conseillent de laver souvent les aisselles avec un mélange composé d'une once de sulfate d'alumine et d'une demi-once de myrrhe dissous dans du vin. Ces deux moyens ne me

réussirent point ; je poussai alors plus loin mes recherches, et je trouvai à l'article *Artichaut*, de l'ouvrage du docteur Durante, médecin romain, que la décoction de cette racine dans du vin avait été employée avec succès pour détruire la fétidité de la transpiration de toutes les parties du corps. Cette seconde recette, conforme à la formule d'Aëtius, dont j'avais tenté vainement l'usage, me fit revenir encore à l'administration de la même racine, en substituant à la décoction vineuse la décoction dans l'eau. La prescription fut suivie pendant huit jours consécutifs ; la malade prit le médicament à la dose d'une demi-carafe chaque jour, en deux fois, à demi-heure d'intervalle, et en obtint un effet merveilleux ; l'excrétion des urines devint abondante, elle acquit une odeur fétide, et cette dame fut entièrement débarrassée au bout de quelques jours de sa désagréable incommodité.

VII. — *Hermaphrodisme.* — Le docteur Nanulla décrit en ces termes les parties génitales d'une prétendue jeune femme de vingt-quatre ans, connue sous les noms de *Nunziata Luongo*, qu'il fut appelé à visiter pour constater son sexe, sur lequel on élevait des doutes : « Au milieu d'un assez petit nombre de poils qui recouvraient ces parties, on voyait très-distinctement pendre une petite verge de la grosseur de la dernière phalange du petit doigt, assez bien conformée. Le gland, semblable à celui de la verge d'un petit enfant, n'offrait aucune trace de méat urinaire, mais était recouvert par une sorte de prépuce dépourvu de frein. Le scrotum était divisé longitudinalement en deux portions, la gauche moins longue que la droite, dans lesquelles étaient logés les deux testicules avec leurs cordons respectifs. Le testicule gauche était plus petit et situé plus haut que le droit. A un pouce et demi environ au-dessus du pé-

nis était l'orifice externe du canal de l'urètre, très-largement fendu, et par lequel s'échappaient à volonté les urines. La face de cet individu était dépourvue de barbe, et sa poitrine, semblable à celle d'un jeune homme, ne présentait aucune apparence de mamelles. Le docteur Nanulla n'hésita pas à se prononcer pour le sexe masculin, et à déclarer que cette prétendue femme devait échanger les jupons qu'elle avait portés jusqu'alors contre la veste et le pantalon.

Cette décision fut loin de satisfaire la prétendue femme, qui plus tard fut arrêtée dans l'hôpital St-François et traduite devant la justice sous la prévention d'avoir abusé de son propre sexe.

(*Il Filiatre Sebezio*, luglio, agosto, settembre, ottobre, novembre, dicembre 1838.)

VIII. — *Incertitude des signes de la grossesse.* — Dans un travail consciencieux et bien conçu, le docteur Antenori commence par énumérer tous les signes de la grossesse, et après avoir étudié leur valeur respective, il démontre que par l'équivoque des uns ou l'absence des autres, il est un petit nombre de ces cas difficiles dans lesquels il est impossible à l'accoucheur le plus habile et le plus éclairé de décider, d'une manière absolue et irrévocable, qu'une femme est réellement grosse, alors même qu'elle touche au terme de sa gestation.

La difficulté est d'autant plus grande que le témoignage de la femme qui serait si important, est trop souvent suspect, et peut induire en erreur. Celles qui souhaitent d'être grosses ne disent que ce qui est favorable à leurs désirs; celles, au contraire, qui ne voudraient pas l'être ou qui auraient intérêt à ne pas le paraître, déguisent tout ce qui pourrait servir à constater leur état.

Les faits sont malheureusement trop nombreux dans lesquels les méprises les plus graves ont eu des résultats fâcheux. Tout le monde connaît le fait cité par Riolan, d'une femme qui, condamnée à la peine capitale, déclara qu'elle était enceinte. Soit que l'on crût que cet aveu n'avait d'autre but que de reculer l'exécution de sa peine, soit que les signes de la grossesse fussent nuls ou inappréciables, toujours est-il qu'elle fut déclarée non enceinte par les médecins qui furent appelés à constater son état, et, par suite, livrée au supplice. A l'ouverture du corps, on trouva dans l'utérus un fœtus de cinq mois. Belloc et d'autres auteurs citent des faits analogues et tout aussi déplorables.

Heureusement que les cas où la grossesse est encore douteuse lorsqu'elle est parvenue au quatrième ou au cinquième mois, et à plus forte raison à une période plus avancée, ne sont pas communs; mais il suffit qu'ils existent, pour que le docteur Anténori ait été fondé à soutenir la proposition qu'il a développée dans son mémoire, à savoir, qu'il n'y a pas de signes absolument certains qui attestent d'une manière irrévocable l'existence de la grossesse.

IX. — *Pratique de la lithotripsie en Italie.* — Ce que nous avons dit des progrès de l'orthopédie en Italie, nous pouvons le dire avec les mêmes éloges de la lithotripsie, cette belle conquête de la chirurgie française. Déjà plusieurs chirurgiens italiens se sont livrés avec succès à cette spécialité. Des enfants mêmes auxquels on avait d'abord nié que la lithotripsie fût applicable, et qui ont néanmoins été opérés en si grand nombre en France, l'ont été également en Italie. Ainsi, le docteur Pagello, de Venise, a lithotripsié avec succès un jeune enfant de six ans; le professeur de Turin en a opéré deux de trois à quatre ans, et a composé

un ouvrage sur la lithotripsie par percussion. Le docteur Capeletti, de Trieste, a lithotripsié un enfant de trois ans et neuf mois, dont le calcul a offert sous l'échelle de l'instrument un diamètre de 11 lignes.

C'est au sujet de cette dernière opération que le docteur Capeletti se livre à quelques réflexions pratiques fort justes sur la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité ; d'établir à laquelle des deux méthodes, la lithotripsie ou la taille, on doit accorder une préférence exclusive. Une sage appréciation de toutes les circonstances relatives au sujet qui doit être opéré, et au calcul qu'il porte, peut et doit seule décider le chirurgien en faveur de l'une ou de l'autre. Le même professeur, qui a opéré avec succès par la taille cinq autres enfants auxquels il n'avait pas jugé la lithotripsie applicable, eût peut-être échoué sur plusieurs d'entre eux, s'il eût voulu les soumettre tous indistinctement à la lithotripsie.

X. — *Introduction d'une petite bouteille dans le rectum; extraction au moyen du forceps.* — Il n'est sorte de corps plus ou moins bizarres dont la lubricité d'une imagination dépravée ou exaltée par le libertinage, n'ait imaginé et réalisé l'introduction dans les organes génitaux, ou dans ceux de la défécation. Exemples: de petites bouteilles, des rouleaux de bois, de fer, de faïence ou d'autre substance, des verres, des tasses, des tabatières, des clés, des chandelles, des pailles, des épis de blé, des navettes de tisserand, des pilons, des manches de couteau, une tenaille de cordonnier, voire même une queue de cochon dont le poil avait été coupé pour le rendre plus raide, etc. Les moyens employés pour en opérer l'extraction ont été de même singulièrement variés suivant la diversité des circonstances et le génie des chirurgiens; c'est ainsi qu'on a vu employer des pinces, des lacs, des

crochets, des tenettes, des instruments lithotriteurs, la main même d'un enfant pour le rectum; mais jamais peut-être l'application du forceps n'était venue en aide en semblable occurrence.

Dans un cas de cette nature, le docteur Giampaolo Cumano eut à pratiquer l'extraction d'une bouteille introduite dans le rectum par sa petite extrémité, et dont le fond était entièrement logé dans la concavité du sacrum. Le sujet était un homme d'un certain âge qui expliquait d'une manière peu digne de croyance la cause de l'accident. Il s'était assis brusquement, disait-il, sur un siége où était cette bouteille, et le propre poids du corps avait suffi pour l'introduire aussi profondément. Quelque peu vraisemblable que fût cette explication, toujours est-il que le corps étranger était remonté si haut, que le doigt ne pouvait plus l'atteindre. Le docteur Cumano eut alors l'idée de recourir au petit forceps de Boër, de Vienne, dont il introduisit séparément les deux branches, comme s'il se fût agi de l'employer pour terminer un accouchement. Cette tentative fut couronnée de succès, et procura sur-le-champ l'extraction de la bouteille.

XI. — *Emploi du colchique dans le traitement de la goutte.* — Parmi les nombreuses observations citées par le docteur Zarlenga sur le traitement de la goutte par le colchique, plusieurs sont de nature à prouver l'efficacité de ce médicament contre cette douloureuse infirmité. Le vin de colchique donné à la dose de 12 à 30 gouttes par jour, dans une infusion aromatique quelconque, est la préparation qui lui a paru mériter la préférence. Il conseille toutefois, dans la vue de prévenir les accidents attribués par quelques auteurs à l'emploi de cet agent thérapeutique, d'en faire précéder l'administration par quelque purgatif ou par quelque ra-

fatiguissant, toutes les fois qu'il y aura une complication quelconque qui semble contr'indiquer son usage, comme un état fébrile, une irritation gastrique ou intestinale, etc...

XII. — *Inflammation de poitrine guérie par l'emploi des extraits réunis d'aconit et de ciguë.* — Un portefaix qui s'était laissé tomber reçut de violentes contusions sur le côté gauche de la poitrine, accompagnées de douleurs locales vives, et de crachement de sang assez abondant. Après avoir éprouvé un soulagement notable sous l'influence d'un traitement antiphlogistique convenablement dirigé, il demeura quelque temps sans éprouver autre chose qu'une sensation gravative dans ce même côté sans symptômes aigus. Bientôt se manifesta une expectoration purulente mêlée de stries de sang; le pouls devint fréquent et concentré; les pommettes se colorèrent; il survint de la toux. Le docteur Zarlenga, diagnostiquant alors une congestion sanguine du poumon, avec inflammation et suppuration, suspendit toute médication, et mit la malade à l'usage des extraits réunis de ciguë et d'aconit à la dose de trois quarts de grains. Depuis les premières prises de ce médicament, l'amélioration est devenue constante et progressive; la toux a diminué; le pouls s'est régularisé ainsi que l'exercice de toutes les fonctions, et la guérison a été complète au bout de quelques semaines.

XIII. — *Nouveau traitement des fièvres intermittentes par la neige.* — Un militaire atteint de fièvre double tierce commençait à éprouver les symptômes précurseurs d'un nouvel accès, lorsque le hasard mit à sa disposition un singulier fébrifuge qui remplaça heureusement tous ceux qui avaient été précédemment employés sans succès. Pendant que l'on apportait de la neige à un malade voisin atteint d'hémoptysie, ce militaire poussé par une sorte d'instinct

se mit à en manger lui-même une certaine quantité. Mais quel fut son étonnement lorsque le frisson, qui débutait à peine et qui d'ordinaire persistait pendant trois grandes heures, n'en dura qu'une seule! La même tentative fut répétée le lendemain et couronnée d'un égal succès. Ne pouvant dès-lors attribuer qu'à l'ingestion de la neige la cessation des symptômes fébriles, le docteur Coffini en fit continuer l'usage pendant cinq jours consécutifs, pendant lesquels les accès devinrent de moins en moins forts et finirent par disparaître entièrement.

XIV. — *Apparition de la première dentition à l'âge de 17 ans.* — Un honnête villageois, de Baceli, avait pris à son service un jeune garçon qui avait passé les premières années de sa vie dans un établissement de charité de Naples. Cet enfant, dont le développement physique n'avait d'ailleurs rien d'anormal, offrait encore à l'âge de la puberté un phénomène remarquable, l'absence complète de toutes les dents. Ce ne fut qu'après sa dix-septième année que l'on en aperçut les premières traces sur les deux mâchoires, et que l'on put en voir le développement, qui suivit d'ailleurs la marche ordinaire de la dentition de l'enfance.

XV. — *Tétanos traumatique guéri.* — Un ouvrier employé dans une fonderie de fer, dont la main avait été prise et écrasée dans l'engrenage d'une roue, fut saisi, par suite de sa blessure, des premiers symptômes du tétanos; le docteur Valentini, aux soins duquel il fut confié, lui administra sur-le-champ la poudre anglaise de James, à la dose de 15 grains avec 5 grains de calomel, en quatre prises de deux en deux heures. Il accompagna ce traitement de bains généraux, de frictions belladonées sur la colonne dorsale, d'une application de sangsues à la région cervicale, et lui fit en même

temps donner à l'intérieur du suc de plantain d'eau, à la dose de deux onces. Malgré ce mode de traitement l'affection tétanique, qui avait débuté par un simple trismus, envahit le système musculaire de tout le corps et fit des progrès alarmants. A la teinture de belladone, on substitua celle de cantharide, en insistant sur l'administration de la poudre anglaise qui fut portée jusqu'à la dose de 35 grains par jour. Les détails de l'observation ne nous disent pas comment se fit l'amélioration graduelle qui suivit ce traitement; mais toujours est-il que la guérison eut lieu et qu'elle fut entière au bout de 44 jours.

XVI. — *Ossification du corps vitré.*— Le professeur Grillo a donné communication à l'Académie médico-chirurgicale de Naples d'un fait curieux, unique peut-être dans les fastes de la science, qu'il a rencontré sur un jeune matelot. Ce jeune homme était atteint de douleurs rhumatismales et goutteuses à la disparition desquelles succéda une ophthalmie grave qui résista à tout mode de traitement. A la suite de l'inflammation chronique des yeux, des ulcérations se formèrent sur la partie antérieure des deux cornées qui ne tardèrent pas à perdre leur transparence. Le globe de l'œil lui-même parut diminuer un peu de volume et présenta sous la pression du doigt une dureté fort remarquable. Le jeune matelot finit bientôt par perdre entièrement la vue, et était depuis quelque temps dans ce fâcheux état, lorsqu'une apoplexie foudroyante mit fin à ses jours.

A l'autopsie on trouva une ossification complète du corps vitré des deux yeux.

Ce fait est d'autant plus rare et digne d'être noté, que le phénomène de l'ossification n'affecte guère que les tissus gélatineux ou membraneux, et jamais les fluides; aussi le professeur Grillo insiste-t-il sur cette particularité essen-

tielle, qu'il ne s'agit pas, dans l'observation dont il est question, de l'ossification de la membrane hyaloïde qui enveloppe le corps vitré et qui pénètre dans sa substance sous forme de cloison, mais bien de ce corps lui-même. Il attribue cette altération pathologique à une sécrétion de phosphate calcaire qui aurait eu d'abord sa source dans les cloisons hyaloïdiennes.

XVII. — *Issue de cinquante-six lombrics par l'ouverture spontanée d'un abcès ombilical.* — Un jeune enfant de 7 ans souffrait depuis long-temps de douleurs abdominales, lorsqu'il survint tout-à-coup une douleur vive concentrée sur un seul point, vers l'ombilic, où il disait éprouver un sentiment de pesanteur fort incommode. Une tumeur s'y manifesta au bout de quelques jours, et acquit bientôt le volume d'un œuf de poule. Quinze jours s'écoulèrent ainsi, après lesquels la tumeur s'abcédant s'ouvrit spontanément, et donna issue à un liquide sanieux blanchâtre, dans lequel on trouva un lombric mort. En vain essaya-t-on d'obtenir la cicatrisation de la plaie qui résultait de l'ouverture de la tumeur; elle devint fistuleuse et donna de nouveau issue, dans l'espace de 3 mois, à 44 autres vers lombrics vivants; les lèvres furent alors maintenues béantes et laissèrent encore sortir 11 nouveaux lombrics; en tout 56.

L'auteur se demande où ces vers auront pris naissance, et d'où ils proviennent.

L'absence de toute affection vermineuse et de toute trace de vers dans les matières fécales, même provoquées par des purgatifs, ainsi que l'absence de toute odeur stercoreuse dans les matières échappées par l'ouverture de l'abcès, ne lui permettent pas d'admettre que ces vers aient pris naissance dans le canal intestinal. Il penche à croire, sans oser l'affirmer, qu'ils proviennent d'un kyste ou d'une poche

particulière, ce qui, ajoute-t-il, ne pourrait être vérifié que par l'autopsie (1).

Les annales universelles du docteur A. Omodei contiennent encore quelques bons mémoires originaux sur l'action thérapeutique du sulfate de fer; sur la nécessité de recourir à l'opération du trépan dans les épanchements de la cavité crânienne, malgré l'absence des symptômes extérieurs qui indiquent d'une manière précise le lieu du foyer de l'épanchement; sur l'emploi du laurier-cerise dans quelques cas d'aliénation mentale... etc., etc..

Annali universali di medicina, Luglio, agosto, settembre, ottobre, novembre, e dicembre 1838.

Gustave VIGNOLO.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Décembre 1838.)

Fille bi-corps d'Alger. — Nouvelles considérations sur l'hématose. — Emploi de la gélatine dans l'alimentation. — Influence thérapeutique de la chaleur.

Les séances de l'Académie des sciences ont été presque

(1) Si ces vers étaient réellement des ascarides lombricoïdes, il nous serait impossible d'admettre qu'ils aient pu se former ailleurs que dans le canal intestinal. Pourquoi n'admettrait-on pas, dans ce cas, qu'ils se sont fait jour à travers les parois de l'intestin grêle dans un point d'adhérence avec l'abcès ombilical, et que l'ouverture qui leur a donné passage s'est ensuite cicatrisée? Beaucoup de faits pathologiques bien connus viendraient à l'appui de cette supposition. (N. R.)

totalement étrangères aux sciences médicales pendant le mois de décembre.

Séance du 17 décembre. — *Fille bi-corps d'Alger.* — M. Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, adresse une note sur un cas de monstruosité qu'il vient d'observer. Une femme de Mahon, âgée de vingt-deux à vingt-trois ans, est accouchée à Alger, le 22 septembre, de deux enfants du sexe féminin unis par le thorax. Les deux enfants étaient à terme et bien viables, mais ils ont péri dans le travail de l'accouchement.

La colonne vertébrale, chez ces jumelles, se bifurquait de bas en haut à partir de la dernière vertèbre dorsale. Il y avait deux cœurs adossés l'un à l'autre latéralement. Le poumon droit se composait de quatre lobes, et le gauche de trois. Il y avait deux estomacs, deux duodénums, deux jéjunums : ceux-ci, marchant parallèlement l'un à l'autre, finissaient par ne former qu'un seul tube qui comprenait à peu près toute la longueur de l'iléum. Le foie présentait trois divisions : celle du milieu recevait la vésicule, qui était volumineuse, orbiculaire, en contact avec les parois abdominales. Il n'y avait que deux reins placés chacun sur une colonne vertébrale, le droit sous le foie, le gauche sous le diaphragme. Il n'y avait qu'une seule vessie, mais elle était plus volumineuse que chez un enfant à terme. Il y avait deux utérus placés l'un à côté de l'autre latéralement, et deux vagins situés de même, mais aboutissant à un seul orifice externe.

M. Guyon croit avoir remarqué que les accouchements monstrueux sont plus communs chez les européennes établies en Algérie qu'ils ne le sont dans nos pays, et que ces cas sont aussi assez fréquents chez les femmes arabes.

Nouvelles considérations sur l'hématose. — Dans la séance

du 17 décembre, le secrétaire de l'Académie a donné lecture d'une note que lui a adressée M. Carus à ce sujet.

Ayant voulu, dit-il, répéter les expériences sur la fermentation, faites récemment en France par MM. Cogniard, Latour, Turpin et Quevenne ; en Allemagne, par MM. Kutzing et Schwan, j'ai été frappé de la ressemblance d'aspect que présentent (quand on les examine au microscope), d'une part le ferment avec ses nombreuses vésicules, de l'autre le sang avec ses globules, et cette ressemblance m'a fait concevoir l'idée qu'il pourrait bien y avoir un rapport entre les changements que subit ce dernier liquide dans l'économie animale, et ceux qu'éprouve une liqueur qui fermente et passe ainsi successivement par différents états.

Quand une de ces liqueurs, poursuit-il, change de nature, comme cela arrive au jus de raisin qui se transforme en vin, à la décoction de drèche qui se change en bière, etc., nous voyons qu'il y a deux conditions essentielles pour cette métamorphose : l'une, qu'il y ait une libre et réciproque communication avec l'air atmosphérique; l'autre, qu'il y ait dans certaines parties du liquide une action vitale, le développement d'un principe créateur. Or, n'est-ce pas aussi ce qui a lieu pour les liquides qui subissent des transformations, qui changent de nature dans l'intérieur des corps organiques, vivants, végétaux ou animaux; ces conditions ne sont-elles pas remplies pour le cas où les sucs aqueux et glaireux des plantes se changent en chlorophylle, en amidon, en résine, où la matière primitive et aqueuse de l'albumen passe à l'état de sang.

La naissance des globules dans le sang et leur anéantissement sont le résultat d'une action intestine créatrice, comme le sont la multiplication et la destruction des globules dans la liqueur qui change de nature par la fermentation. On peut dire que l'albumine est, par rapport au

sang, ce qu'est le jus de raisin par rapport au vin; et, ainsi qu'il a été dit, pour l'une de ces transformations comme pour l'autre, la communication libre et réciproque avec l'air est une condition *sine quâ non*. Nous voyons, en effet, qu'il y a dans le poumon comme dans la cuve du vigneron, 1° admission d'oxygène, 2° dégagement d'acide carbonique, 3° développement de chaleur, 4° accroissement dans le nombre des globules ou vésicules par l'effet d'une force créatrice intérieure. Lorsque les vésicules, ainsi produites, arrivent à leur plus haut degré d'énergie vitale, par suite de leur libre communication avec l'air, elles prennent chez l'animal la couleur rouge, chez le végétal la couleur verte.

Il ne faut donc plus, poursuit M. Carus, faire de la respiration un acte de désorganisation, comme on le faisait nécessairement, mais probablement sans le remarquer, tant qu'on l'envisageait, non comme une combustion modifiée, mais comme une fonction en vertu de laquelle les organismes qui se forment dans le sang atteignent leur plus haut degré de vitalité. Le sang se consommant sans cesse par les sécrétions auxquelles il fournit, sa régénération incessante est nécessaire, et elle s'effectue aux dépens de l'albumine aqueuse qui se change en sang par l'effet de cette sorte de fermentation dont nous avons parlé.

Nous ne suivrons pas plus loin l'auteur dans ses considérations qu'il étend à d'autres transformations dépendantes de la vie et même à quelques-uns des changements que subissent les corps organisés quand la vie les a abandonnés, aux phénomènes de la décomposition putride.

SÉANCE DU 24. — *Emploi de la gélatine dans l'alimentation.* — M. Arago entretient l'Académie des observations qu'il a faites sur l'emploi de la gélatine dans l'hospice Saint-Nicolas, à Metz. Il y a quatre ans que le régime a été introduit

dans l'hospice, qui est principalement consacré à des vieillards des deux sexes, mais qui a aussi une division pour les enfants orphelins. Le nombre des individus est de 500. Chacun reçoit par jour, et cinq jours de la semaine, deux soupes faites avec de la gélatine et une petite proportion de viande (10 kilog. de viande pour les 1000 bouillons). Depuis que ce régime est établi dans l'hospice, les administrateurs ont remarqué que la mortalité était un peu diminuée, que les maladies étaient moins fréquentes, et le séjour des malades à l'infirmerie moins long. Lorsque ce genre de nourriture a été adopté, ce n'a pas été sans difficultés; la répugnance des gens à s'y soumettre tenait principalement à ce qu'ils avaient des doutes sur l'origine des os employés à la préparation de la gélatine; il a été facile de faire cesser leurs inquiétudes à cet égard en leur fournissant les moyens de surveiller eux-mêmes, du lieu où ils se tiennent habituellement, l'opération dont le produit leur est destiné. Quant à la saveur des bouillons à la gélatine, il n'y a eu qu'un aveu dans la division des hommes; on trouvait les soupes bonnes. Dans la division des femmes, c'était aussi l'aveu général, mais non unanime. Les enfants ont été interrogés à leur tour; on n'a pu en avoir de réponse; mais, comme ils venaient d'achever leurs repas, on a pu reconnaître, en voyant toutes les écuelles, hors deux, bien complétement vidées, que la soupe ne leur répugnait pas.

M. Magendie fait quelques remarques à l'occasion de cette communication. Il pense qu'on ne peut pas tirer de conclusion d'un grand poids, relativement aux propriétés alimentaires de la gélatine, d'une observation faite dans les circonstances où se trouvait M. Arago, c'est-à-dire pendant un seul jour.

Pour juger de l'amélioration due à l'introduction des bouillons à la gélatine, il aurait été nécessaire d'avoir ob-

servé l'hospice à une époque antérieure, et de savoir si d'autres changements, qu'on aura peut-être regardés comme trop peu importants pour les signaler, n'auraient pas eu une influence au moins aussi marquée que le nouveau régime diététique sur la santé et le bien-être des vieillards de l'hospice Saint-Nicolas.

La commission que l'Académie a chargée d'examiner la question des propriétés alimentaires de la gélatine, et qui ne tardera pas à présenter son rapport, a reconnu que la solution de cette question présente une foule de difficultés qu'on serait loin de soupçonner quand on n'en fait pas l'objet d'une étude spéciale et long-temps continuée.

Influence thérapeutique de la chaleur. — M. Jules Guyot présente un nouveau mémoire sur ce sujet, pour faire suite à celui qu'il avait adressé déjà en 1835.

Le nouveau travail se compose de deux parties : la première comprend dix observations d'amputations recueillies à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié, à St-Louis et aux Invalides; seize observations de plaies et d'ulcères faites à l'Hôtel-Dieu et à la Charité; enfin, quatre observations de tumeurs blanches, une d'érysipèle œdémateux et une autre d'affection nerveuse liée à un état chlorotique.

La seconde comprend les résumés et les conséquences des faits, la description des appareils propres à produire et à entretenir la chaleur sur les parties malades, et les principales règles à observer dans leur emploi.

Les principaux résultats obtenus sont :

Sur dix cas d'amputation, sept guérisons; une de bras deux de jambes sur trois, quatre de cuisse sur six.

Sur seize cas de plaies et d'ulcères, huit ont été parfaitement guéris; quatre ont été ramenés de très-grandes dimensions à des dimensions très-petites; trois ont éprouvé

un progrès et une amélioration sensibles; sur un seul l'influence de la chaleur a été nulle.

Sur quatre tumeurs blanches, une fut guérie, deux furent améliorées au point de permettre aux malades de marcher; une seule continua ses progrès.

Une seule application fut faite à un érysipèle œdémateux qui disparut en 24 heures.

Une seule également à une sciatique grave qui disparut en quelques jours.

Enfin, dans un cas de chlorose, compliqué de phénomènes nerveux, les accidents disparurent également après quelques heures d'immersion dans la chaleur.

La température la plus convenable pour les plaies, les ulcères, les tumeurs blanches, et en général pour toutes les maladies où la chaleur a paru réussir, est celle de 36 degrés centigrades au-dessus de zéro; le meilleur combustible pour l'entretenir est l'alcool.

Le premier phénomène qui se manifeste après l'application de cette température est la disparition de la douleur; le second est la disparition de toute inflammation, de toute infiltration sanguine, de tout œdème.

L'état général des malades en éprouve une amélioration plus remarquable encore que l'état local; la fièvre traumatique diminue ou disparaît, le sommeil est tranquille, les fonctions digestives s'accomplissent très-bien.

Les plaies suppurent dans la chaleur comme dans les autres modes de pansement; aussi doit-on le considérer comme un puissant secours qui n'exclut point l'emploi de tous les moyens usités jusqu'ici pour tenir les parties malades dans l'état le plus convenable à leur guérison. Les bandes roulées, les bandelettes de diachylum, les compresses simples ou graduées, les attelles, la compression, la réunion, le nitrate d'argent, etc., tous ces moyens et tous

ceux que l'intelligence chirurgicale peut suggérer doivent être employés. La seule condition à réserver, c'est que la partie malade reste sous l'influence de la chaleur; il convient aussi, comme l'a prouvé l'expérience, d'éviter la diète et les émissions sanguines.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Décembre 1838).

Mort et éloge de M. Huzard. — Fièvre jaune au Mexique. — Phrénologie. — Nouveau forceps céphalotribe. — Appareil pour les bains à vapeur. — Altération du sang chez les animaux domestiques. — Étiologie du pied-bot congénital. — Revaccinations. — Elections pour 1839. — Nouveau spéculum de M. Ségalas.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE. — *Mort de M. Huzard, et éloge prononcé sur sa tombe par M. Mérat.* — M. le président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Huzard.

M. Mérat donne lecture d'un discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Huzard au nom de l'Académie. Huzard naquit en 1754, à Paris; il était fils d'un maréchal-ferrant, et a exercé lui-même cette profession pendant quinze ans. Il étudia dans la suite l'art vétérinaire, et fit de tels progrès dans les sciences qu'à l'âge de quarante ans il parvint à être membre de l'Institut de France et de l'Académie de médecine. Huzard laisse une bibliothèque unique dans son genre; elle contient 40,000 volumes en ouvrages choisis dans la spécialité vétérinaire.

Fièvre jaune au Mexique. — M. Chervin fait, en son nom et en celui de M. Rochoux, un rapport sur un travail de M.

Goupilleau, intitulé : Remarques et observations sur la fièvre jaune au Mexique. Il s'agit de la fièvre jaune qui règne endémiquement dans la ville de Tampico, de ses causes et de son traitement. Ses causes paraissent évidemment de la nature de celles qu'on appelle d'infection ; la maladie se déclare dans la saison solstitielle d'été, alors qu'à des pluies abondantes succèdent des chaleurs excessives ; l'épidémie cesse ordinairement vers le mois d'octobre.

M. le rapporteur fait voir comme quoi tous les faits recueillis par M. Goupilleau s'accordent à confirmer la non-contagion de la fièvre jaune, et combien il serait facile d'en prévenir en grande partie le retour par des mesures d'hygiène publique bien entendues.

Un fait curieux à noter, c'est que les Mexicains de l'intérieur qui se rendent sur le littoral lorsque la fièvre jaune y règne sont beaucoup plus exposés à la contracter que les étrangers. L'explication en est bien simple, dit M. le rapporteur : c'est que les Mexicains se rendent des régions tempérées qu'ils habitent dans les régions chaudes du littoral en très-peu de temps ; tandis que les étrangers n'arrivent à Tampico qu'après une navigation plus ou moins longue, pendant laquelle ils commencent à s'acclimater. C'est par la même raison, ajoute-t-il, que les habitants des points élevés de l'île de Cuba, de la Jamaïque et de St-Domingue sont quelquefois atteints de la fièvre jaune, lorsqu'ils se rendent de leurs montagnes dans les villes du littoral pendant les longues chaleurs. En sept ou huit heures de marche à cheval, ils éprouvent dans certains cas une augmentation de température de 20 à 25 et même 30 degrés F. Il est bon d'ajouter que, retournés au sein de leurs familles, avec la fièvre jaune, ces individus ne la communiquent pas à ceux qui leur donnent des soins.

Les ravages que la fièvre jaune fait tous les ans au Mexique

sont affreux : les cinq sixièmes des personnes attaquées succombent quelque

Le traitement qui paraît le mieux réussir, c'est l'antiphlogistique énergique ; les saignées pratiquées abondamment avec hardiesse, en forment la base principale. M. Chervin s'étend assez longuement sur ce point important de thérapeutique ; il fait voir, d'après sa propre expérience, qu'on ne doit pas craindre de pratiquer des saignées coup sur coup, d'après la méthode de M. Bouillaud, dès le début de la maladie, mais qu'on doit se bien garder d'en agir ainsi dans une période avancée ; il cite des cas où l'on a pratiqué avec succès des saignées de 100, 120, et même 140 onces dans l'espace de 24 heures.

Conclusions : 1° Dépôt aux archives et remerciements ; 2° inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats des correspondants. (Adopté.)

Phrénologie. — M. Rochoux fait, au nom de MM. Martin-Solon, Bouillaud et au sien, un rapport sur une lettre de M. Perrot, relative à l'examen phrénologique de la tête d'un criminel qui a été exécuté. L'examen de cette tête démontre, selon M. Rochoux, que l'individu n'avait aucun des organes phrénologiques correspondants à ses actes, d'où il a cru pouvoir conclure que la phrénologie localisante est une chimère. Ce rapport a été précédé d'une longue dissertation de philosophie matérialiste, qui a tantôt excité une hilarité très-prolongée, tantôt des murmures. Cette lecture a absorbé tout le reste de la séance.

Séance du 11. — *Nouveau forceps céphalotribe.* — M. P. Dubois fait un rapport sur deux instruments obstétricaux et un mémoire présentés par M. le docteur Prospère. L'un de ces instruments est un perce-crâne auquel M. le rapporteur attache peu d'importance ; l'autre un forceps céphalo-

tribe dont il fait l'éloge. Ce forceps paraît une copie de celui de Levret, avec cette différence, que, modifié comme il l'a été par l'auteur, il peut servir à la fois de céphalotribe et de forceps ordinaire. Attendu sa simplicité, sa légèreté et son prix modique, l'instrument en question paraît à M. P. Dubois préférable au céphalotribe de M. Baudelocque neveu.

(Dépôt aux archives. Inscription du nom de l'auteur sur la liste des candidats correspondants.)

Nouvel appareil pour des bains à vapeur. — M. Pâtissier fait un rapport peu favorable sur un appareil prétendu nouveau pour donner des bains de vapeur, par M. Lecointe. Cet appareil consiste dans une sorte d'entonnoir en fer blanc dont on adapte la base à une marmite, et dont on prolonge le goulot à l'aide d'un tube qu'on dirige à volonté. La marmite doit contenir le liquide et les autres éléments dont on veut composer le bain ; on la place sur un réchaud qui doit la mettre en ébullition. (Dépôt aux Archives.)

Altérations essentielles du sang chez les animaux domestiques. — M. Delafond, professeur à l'école vétérinaire d'Alford, dépose sur le bureau un gros mémoire manuscrit dont il lit un très-court résumé. Il a pour titre : Des altérations essentielles du sang chez les animaux domestiques. L'auteur établit cinq classes d'altérations :

1° Polyhémie, c'est-à-dire excès de sang trop fibrineux, trop riche en principes alimentaires. (Apoplexie.)

2° Anhémie, ou défaut dans la quantité de la masse totale du sang.

3° Cachexie aqueuse, ou excès de sérum qui s'extravase dans les tissus.

4° Diastase hémique, ou extravasation spontanée du sang dans les tissus. (Gangrène.)

5° Coagulation spontanée du sang dans les vaisseaux, ce qui constitue une maladie contagieuse fort grave.

Comme l'auteur n'est pas entré dans le développement de ces énoncés, nous ne pouvons pas en dire davantage sur cet important travail. Nous y reviendrons lorsqu'un rapport sera fait à l'Académie. (Commissaires, MM. Barthélemy, Bouley jeune et Lecanu.)

Étiologie générale du pied-bot congénital. — M. Jules Guérin lit un mémoire sur ce sujet, que l'Académie a écouté avec beaucoup d'intérêt.

Ce mémoire destiné à établir une étiologie nouvelle du bied-bot congénital, contient l'exposition de l'analyse d'un fait qui n'avait pas été étudié jusqu'ici dans ses rapports avec les difformités congéniales : la rétraction musculaire convulsive, considérée comme cause essentielle du pied-bot congénital. L'auteur a mis l'existence de ce fait hors de doute par un grand nombre d'observations recueillies sur des monstres et des fœtus, dans lesquels on peut suivre pas à pas la corrélation de la rétraction musculaire avec les altérations matérielles du système cérébro-spinal, depuis la destruction complète du cerveau et de la moelle, jusqu'à l'altération d'un point circonscrit d'un de ces deux centres. Il a montré que dans chacun de ces cas, les pieds-bots les mieux caractérisés, coïncidant avec un grand nombre d'autres difformités articulaires, sont, aussi bien que ces difformités, le résultat de la rétraction musculaire convulsive, caractérisée par un raccourcissement extrême de la plupart des muscles du tronc et des membres.

Passant à l'étude des cas de pieds-bots simples, dans lesquels la rétraction est limitée aux seuls muscles de la jambe, M. J. Guérin a montré que dans ces cas : ou bien l'affection convulsive a encore été générale d'abord, et elle se révèle par des traces non équivoques dans les traits du visage, la

conformation du crâne, la direction des yeux, l'inégalité des forces des deux côtés du corps; ou bien elle n'a sévi que localement et s'est circonscrite dans quelques rameaux nerveux et conséquemment dans quelques muscles, ce qui constitue les cas de contracture simple. Dans cette seconde catégorie de faits, on peut encore reconnaître d'une manière certaine la nature de la difformité au moyen des caractères immédiats de la rétraction musculaire dans ses rapports avec la déformation du squelette. Ces caractères sont de deux sortes : les caractères généraux, c'est-à-dire ceux qui appartiennent à toutes les variétés du pied-bot; et les caractères spéciaux, c'est-à-dire ceux qui sont propres à chacune de ces variétés. Les caractères généraux, les seuls que l'auteur ait indiqués dans ce mémoire, sont les suivants : sur le cadavre, la transformation fibreuse des muscles rétractés, de ceux du mollet principalement, conséquence naturelle des tractions continues et exagérées dont ces muscles sont le siége; sur le vivant, changement de forme et de consistance du mollet, qui est aplati, très-court, très-élevé, comme amassé sous l'espace poplité, à bords durs et résistants; le raccourcissement, la voussure et l'élargissement du pied; le rebroussement et l'écartement des orteils; le rapport exact entre la forme et la direction des parties déviées du pied et les muscles raccourcis, tendus, résistants et saillants sous la peau; finalement la restauration presque instantanée des formes normales par la section des muscles rétractés.

Cherchant ensuite à déterminer la constitution et la signification essentielles du phénomène de la rétraction musculaire convulsive, M. J. Guérin a montré que ce phénomène n'est ni simple ni absolu, mais multiple et d'une expression variable à ses différents degrés. Ainsi, il a montré que la rétraction convulsive comprend trois éléments distincts qui ont chacun leur influence propre, à savoir: « Le raccourcissement

immédiat du muscle, un certain degré de paralysie, et un arrêt de développement consécutif, » qui l'empêche de suivre l'accroissement du squelette, et augmente ainsi pendant la croissance du sujet le raccourcissement primitif des muscles rétractés : en sorte que toute difformité examinée postérieurement à la maladie qui a déterminé la rétraction musculaire, est le résultat de trois éléments constitutifs de cette rétraction. Il a montré, en outre, que ces trois éléments exercent une influence variable sur le développement, les formes et l'accroissement du pied-bot, suivant leur degré et suivant leur siége par rapport aux différents muscles du pied et de la jambe.

Dans la dernière partie de son mémoire, l'auteur a discuté la question de savoir s'il existait d'autres causes du pied-bot congénital, ou si les causes indiquées par les auteurs pouvaient donner lieu à des déformations présentant les caractères qu'il a signalés pour le pied-bot dû à la rétraction musculaire. Rappelant la loi qu'il a établie sur la spécificité des caractères extérieurs liés à la spécificité des causes, il a montré que parmi les influences admises par les auteurs, les unes sont purement imaginaires et ne méritent aucune considération, les autres sont réelles ; mais, ou elles ne sont que des aperçus indirects, des conséquences plus ou moins éloignées de la rétraction musculaire, ou des circonstances se résumant dans le fait de la rétraction ; ou bien elles constituent de véritables causes de déformations : mais les déformations auxquelles elles donnent naissance, n'ont point les caractères du véritable pied-bot, et présentent au contraire des caractères propres à la cause qui les détermine. Parmi ces derniers, M. J. Guérin a cité une déformation des pieds produite par la compression du fœtus dans la matrice, déformation qui n'avait pas encore été spécifiée, et qui consiste dans un aplatissement du pied dans le sens

transversal, aplatissement auquel participent d'une manière égale tous les éléments de cette extrémité : les os, les ligaments, les muscles et la peau, de manière à exprimer parfaitement le mode d'action uniforme d'une pression mécanique suivant un même plan.

Après avoir remis sous les yeux de l'Académie le cadre de son mémoire et les faits principaux qu'il renferme, M. J. Guérin termine par les conclusions suivantes :

1° Le pied-bot congénital est le produit de la rétraction musculaire convulsive, ou contracture des muscles de la jambe et du pied. Cette retraction peut être produite par une affection générale ou locale du système nerveux.

2° A défaut de traces générales ou directes de l'affection convulsive, le pied-bot congénital porte avec lui des caractères immédiats à l'aide desquels on peut toujours reconnaître la nature de sa cause.

3° Le fait de la rétraction musculaire est complexe; il comprend trois éléments distincts : le raccourcissement immédiat du muscle, un certain degré de paralysie et le raccourcissement consécutif ou arrêt de développement du muscle rétracté. Chacun de ces éléments concourt, pour sa part, à la formation du pied-bot, et agit suffisamment suivant le degré et le siége de la rétraction par rapport aux muscles qu'elle occupe.

4° Il n'existe point d'autres causes du pied-bot congénital, que la rétraction musculaire convulsive; les autres circonstances, capables de déformer les pieds avant la naissance, impriment des caractères propres à leur produit, qui les font reconnaître et empêchent de les confondre avec le véritable pied-bot. (Commissaires, MM. Thillaye, Gerdy, Bouillaud.)

Revaccinations. — M. Moreau lit, au nom de la commission de vaccine, un projet de lettre à adresser au ministre en ré-

ponse à la dernière épître ministérielle, qui demandait l'avis de l'Académie sur une proposition de M. le docteur Fiard, dont nous avons rendu compte. Le contenu de cette réponse est que l'Académie de médecine s'occupe avec tout le zèle dont elle est capable de la question des revaccinations, et qu'elle n'a pas d'avis à donner sur la demande de M. Fiard.

Une discussion interminable s'est établie à propos de cette lettre.

Les uns, tels que MM. Dubois (d'Amiens), Chervin, Double, Londe, Desportes, Adelon, Nacquart, y ont trouvé des longueurs ou des contradictions; les autres, tels que MM. Bouillaud et Rochoux, en ont pris la défense. Après quelques amendements, ce projet de lettre a été adopté.

Séances des 18, 27 et 29. — *Élections pour* 1839. — Ces trois séances ont été consacrées presqu'en entier au renouvellement des élections pour l'année 1839:

1° Président. . . . . M. Husson.
2° Vice-président . . . . M. Bally.
3° Secrétaire annuel . . M. Roche.

Conseil d'administration. — MM. Husson, président; Pariset, secrétaire perpétuel; Roche, secrétaire annuel; Merat, trésorier; Orfila, Bally, Renoult, Bouillaud, Bousquet.

Comité de vaccine. — MM. Forestier, Devilliers, Collineau, Sedillot, Baudelocque, Villeneuve.

Comité des remèdes secrets. — MM. Delongchamps, Castel, Planche, Macartan, Lodibert, Cornac.

Comité des épidémies. — MM. Barthelemy, Louis, Bricheteau, Burdin, Renauldin, Honoré.

Comité des eaux minérales. — Patissier, Jourdan, Hudry, Chevallier, Landré-Bauvais, Delens.

Comité de topographie et statistique médicales. — MM. Espiaud, Villermé, Nacquart, Boulay jeune, Gerardin, Thillaye.

Comité de publication. — MM. Pariset, Roche, Bouquet, Bérard, Gueneau de Mussy, Amussat, Labarraque.

Nouveau spéculum de M. Ségalas.—L'Académie reçoit la communication d'un spéculum nouveau de M. Ségalas.

Cet instrument, dont nous avons vu deux modèles, l'un cylindrique, l'autre conique, est *plein, à développement et à quatre valves.* On peut s'en faire une idée dans l'état de développement, en supposant deux gouttières métalliques qui se regardent par leur face concave, et se correspondent par les bords. Si on admet ensuite que ces gouttières sont composées de deux parties égales, unies ensemble par une charnière longitudinale, on pourra concevoir comment elles glissent l'une dans l'autre, et comment, embrassées l'une par l'autre, elles constituent, dans leur état de resserrement, un cylindre ou un cône peu volumineux et aplati sur les côtés.

Le spéculum dont il s'agit diffère essentiellement des spéculum connus jusqu'à ce jour; et, suivant l'auteur, il a sur eux des avantages incontestables. C'est ainsi que, plein comme le spéculum de M. Récamier, et réduit à de moindres dimensions que lui au moment de son introduction dans le vagin, le nouveau spéculum peut s'élargir dans ce canal au degré que désire l'observateur, et par suite embrasser facilement le col engorgé de l'utérus, ce que le premier ne peut faire. C'est ainsi qu'étant à valves et à développement comme les spéculum de MM. Lisfranc, Jobert, Ricord et Duparcque, il a sur eux l'avantage de ne pas permettre que la membrane muqueuse du vagin vienne faire hernie dans l'intervalle de ses valves; c'est ainsi que, plein et à développement, comme le spéculum à trois valves de M. Charrière, il peut être réduit à un volume inférieur au sien pour l'introduction, et acquérir ensuite une capacité bien autrement grande.

Le spéculum de M. Ségalas, ainsi que nous l'avons dit en commençant, affecte deux formes, la forme *cylindrique* et la forme *conique*. Cylindrique, il présente tous les avantages du spéculum plein, et il a, de plus, la possibilité de se développer plus qu'aucun d'eux. Conique, il présente sa base au col de la matrice, et ne correspond, quand il est développé, que par sa partie étroite, à l'entrée du vagin.

Il est, d'ailleurs, d'un mécanisme extrêmement simple : deux charnières, de petits crochets mousses contenus aux valves, un manche à deux tiges, semblable à celui de plusieurs autres spéculum à développement, voilà les conditions de sa manœuvre. M. Ségalas y a joint, comme parties accessoires, un embout pour faciliter l'entrée, et une vis de pression pour fixer les valves au degré de développement voulu par le chirurgien.

Ce spéculum a été exécuté par notre habile fabricant, M. Charrière; c'est-à-dire qu'il est fait avec toute la perfection possible. Il est en maillechort. Il se divise en deux avec une extrême promptitude, et devient par là non-seulement facile à nettoyer, mais encore très-commode pour l'examen latéral du vagin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Discussion sur le danger prétendu de l'usage du lait pendant l'épizootie actuelle des vaches à Paris. — Auscultation artificielle. — Tumeur purulente du bassin. — Causes de la couenne du sang.

M. Alphonse Devergie obtient la parole pour donner lecture à la société de la note ci-dessous :

Il n'est pas de médecin dans Paris qui ne soit journellement consulté sur la question de savoir si l'on doit s'abs-

tenir de l'usage du lait. Les données fournies par l'inspection microscopique de ce liquide provenant de vaches atteintes à un haut degré de l'épizootie régnante, ont répandu des inquiétudes dans la totalité de la population; et surtout, inspiré une grande répugnance à l'égard de cet aliment.

M. le préfet de police s'est empressé de rassurer le public en portant à sa connaissance deux faits constatés et par l'administration, et par le conseil de salubrité, à savoir, que la maladie régnante est à son déclin, et qu'aucun effet fâcheux n'est encore résulté de l'usage du lait.

Permettez-moi, messieurs, d'ajouter à ces documents quelques faits de ma propre observation.

Il est bien vrai que le lait actuellement vendu dans Paris ne paraît pas être dans des conditions tout-à-fait normales. On n'y rencontre aucune substance nuisible et, par conséquent, pas de matière purulente; mais, ce liquide qui, vu au microscope, présente ordinairement, dans sa composition, un nombre plus ou moins considérable de *globules isolés*, offre aujourd'hui plus ou moins *d'agglomérations de globules* : l'isolement des globules est une qualité du lait; leur agglomération est un défaut.

Je me hâte de dire ce qu'on n'a pas encore, je crois, observé, que si l'on vient à faire bouillir du lait dans lequel des agglomérations existent, le nombre de celles-ci diminue d'une manière très-notable, en concourant probablement à former la pellicule ou crême qui se produit alors.

Si, par exemple, on exprime par 40 le chiffre des agglomérations avant l'ébullition, il ne sera plus que de 3 ou de 4 après l'ébullition du lait; or, les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des personnes qui font usage de cet aliment, ne l'emploient qu'après son ébullition; il en résulte que sa qualité nuisible, si, en effet, cet état d'agglomération en

constitue une réelle, se trouve réduite au dixième de sa valeur par le fait seul de la préparation que l'on fait subir à cet aliment pour en faire usage.

Jusqu'à quel point des agglomérations dans les globules du lait peuvent-elles être nuisibles? L'expérience, nous devons le dire, n'est pas suffisante pour résoudre la question; mais, d'une part, j'ai constaté que sur cent femmes qui se sont présentées, depuis neuf mois, à la direction des nourrices, le lait a offert des agglomérations chez douze d'entre elles. Sur ces douze nourrices, une seule a perdu son nourrisson à l'âge de trois mois, les enfants des onze autres sont aujourd'hui bien portants; or, la mortalité des enfants en nourrice est, terme moyen, de un septième dans le premier mois, de un tiers dans le deuxième, de un demi dans le troisième, de un quart dans les quatrième, cinquième et sixième; enfin de un cinquième dans les septième, huitième, neuvième, dixième, onzième et douzième mois.

J'ajouterai que ces douze nourrices ont eu, ensemble, trente-trois enfants, dont trois seulement étaient morts à l'époque où elles se sont présentées pour avoir des nourrissons.

Enfin, j'ai examiné le lait de cinq vaches des environs de Paris qui n'ont pas été malades et dont trois étaient pleines : une avait vêlé depuis trois semaines, et la cinquième depuis trois mois; leur lait ne m'a pas présenté d'agglomérations, si ce n'est chez la vache qui avait vêlé depuis peu; mais j'ai remarqué qu'il suffisait d'ajouter un peu d'eau à ces différents laits que j'avais fait tirer devant moi, pour amener des agglomérations plus ou moins nombreuses.

De ces données, je ne tirerai pas la conséquence que la présence d'agglomérations dans le lait place le liquide dans des conditions aussi bonnes que lorsque celles-ci n'exis-

tent pas. J'en inférerai seulement que le lait ainsi modifié ne doit probablement avoir que peu d'influence sur la santé, surtout si l'on réfléchit qu'une tasse de café au lait, prise le matin, ne contient peut-être pas la quarantième partie de la substance nutritive que nous puisons dans le pain, la viande et les légumes qui font la base de notre alimentation ; et il résulte de mes observations que l'on ne trouve aujourd'hui d'anormal dans le lait en consommation que des agglomérations.

Jusqu'ici je ne me suis occupé que des personnes qui ne font pas du lait la base de leur alimentation. En serait-il de même à l'égard de celles qui sont soumises, par raison de santé, à un régime lacté? je ne le pense pas; la prudence exige, je crois, qu'elles modifient temporairement leur alimentation.

Cette communication donne lieu à la discussion suivante :

M. Delens : Notre collègue semble avoir pensé que l'agglomération des globules constitue l'altération du lait, tandis que, selon moi, cette agglomération ne doit être considérée que comme le signe de cette altération.

M. Devergie : Je n'ai point examiné la question posée par M. Delens. Dans un travail que tout le monde connaît, M. Donné a parlé de la présence du pus et d'agglomérations de globules dans le lait de vaches atteintes par l'épizootie régnante.

J'ai examiné ce lait ; je me suis assuré par moi-même de l'existence des agglomérations ; mais, bientôt après, j'ai reconnu que ces agglomérations disparaissaient par l'ébullition. Certain de ce résultat, j'ai pensé que je devais le faire connaître pour dissiper ou du moins modérer les craintes éprouvées par un grand nombre de personnes.

M. Guibourt : Les agglomérations sont quelquefois assez

prononcées pour être visibles à l'œil nu ou armé d'une simple loupe. Les parties ne sont plus intimement liées parce que le caséum est en partie séparé. Beaucoup de laits, qui ne semblent pas altérés à la loupe, présentent au microscope des agglomérations de cinq à huit globules : ceux-ci ne sont autres que du beurre ; quant à l'ébullition, si elle rend le lait meilleur, c'est parce qu'elle dissipe ou modifie les principes délétères qu'il peut contenir. Ceux-ci perdent alors leurs propriétés nuisibles, comme le fluide vaccin perd ses précieuses qualités quand on le soumet à une chaleur intense.

M. Prus demande à M. Guibourt s'il a constaté que le bon lait fût toujours alcalin, comme le pense M. Donné.

M. Guibourt répond qu'il n'est pas intimement convaincu que le bon lait doive être alcalin ; quand il est très-récent peut-être offre-t-il cette qualité ; mais, au bout de deux ou trois heures, et ce n'est guère qu'après ce temps qu'on le délivre pour notre consommation, il rougit sensiblement le papier de tournesol, et, cependant, l'usage n'en a aucune espèce d'inconvénient.

M. Mérat : C'est sous le rapport vétérinaire que je me propose d'examiner la question. La maladie actuellement régnante existe déjà depuis quelque temps ; les boutons qu'ont présentés les vaches ont été pris pour les pustules du cow-pox. On se rappelle les discussions qui ont eu lieu dans une société savante pour savoir à qui appartenait la priorité de cette espèce de découverte. Je crois qu'on ne la réclame plus avec la même ardeur, aujourd'hui qu'une observation attentive et multipliée a démontré que les lésions développées chez les vaches, sur le pis, à la face interne des lèvres, sur la langue, sur le bord gingival des mâchoires et dans la bifurcation de l'ongle du pied ne peuvent être rapprochées des caractères du cow-pox. Quand la maladie est

modérée, les vaches continuent à donner leur lait. Mais, si elle est accompagnée d'une éruption confluente sur le pis, éruption qui, du reste, n'est jamais, même dans sa plus haute période, caractérisée par un engorgement du tissu cellulaire sous-cutané, comme l'est la pustule du vrai cow-pox, d'après Jenner, les vaches ne se laissent traire qu'avec beaucoup de difficultés; et l'on ne peut tirer aucun parti du lait, qui contient alors du pus. L'ébullition, dans ce cas, ne fait que hâter sa décomposition.

Je profiterai de la parole qui m'a été accordée, continue M. Mérat, pour dire que dernièrement un homme s'est présenté à la Société d'agriculture en annonçant qu'il avait un moyen certain de découvrir si une vache est bonne laitière, et même de déterminer la quantité de lait qu'elle peut fournir. Une commission a été nommée pour examiner le procédé que l'on soumettait à la Compagnie. Le résultat a été trouvé souvent, mais pas toujours, conforme à ce qui avait été annoncé par le possesseur du secret.

M. Mélier : Le but que s'est proposé notre honorable collègue en rédigeant la note qu'il nous a lue, est de rassurer les personnes qui pouvaient éprouver de la crainte sur les qualités du lait vendu dans Paris. Ses prémisses semblent, en effet, conduire à une opinion rassurante. Sa conclusion, toutefois, n'est pas conforme à ces prémisses, puisqu'il conseille aux personnes soumises à la diète lactée de l'interrompre momentanément.

M. Devilliers appuie fortement sur cette idée, que le lait provenant de vaches atteintes de la maladie à un degré modéré n'exerce aucune influence fâcheuse. Dans une maison de religieuses dont il est le médecin, il a vu celles-ci faire usage, sans le moindre inconvénient, du lait des vaches qui sont à demeure dans l'établissement, et qui n'avaient pas échappé à l'épidémie régnante. M. Devilliers, en finissant,

interpelle les membres de la Société, et les prie de déclarer s'il est à la connaissance d'aucun d'eux que le lait ait occasionné des accidents dans ces derniers temps. Tous répondent négativement.

M. Devergie : Je connais quatre personnes qui faisaient habituellement usage de lait : deux ont renoncé momentanément à ces aliments, tandis que les deux autres l'ont continué. Ce sont les premières qui ont été malades. Ce fait et les déclarations très-rassurantes que je viens d'entendre me portent à penser, comme, d'ailleurs, je l'ai dit dans ma note, que les craintes qui existent au sujet du lait ne sont pas fondées.

NOTA. — Depuis la communication de cette note à la Société de médecine, M. Devergie a eu occasion d'observer au microscope du lait provenant de vaches malades. Les agglomérations qu'il a alors reconnues n'ont aucune analogie avec celles qu'il avait observées dans le lait en consommation dans Paris : elles sont formées de globules muqueux sur lesquels on voit des globules de lait en quantité variable, mais faible, eu égard aux précédents. En un mot, les dernières observations de M. Devergie lui prouvent que dans le lait qu'il a observé les 15, 16 et 17 janvier, il n'y avait aucune altération morbide, et cependant il provenait de trente sources différentes.

M. Hourmann rend compte à la société d'un mémoire qui a été adressé à celle-ci par M. Pétrequin, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce mémoire est intitulé : *Recherches expérimentales sur l'auscultation artificielle, ou essai d'une méthode nouvelle pour apprendre l'auscultation* (1).

Après avoir donné l'analyse détaillée du travail aussi im-

(1) Il a été inséré textuellement dans la *Revue médicale*, cahier de mars 1838, p. 337.

portant que curieux de M. Pétrequin, après l'avoir rapproché des recherches antérieures faites sur le même sujet, M. le rapporteur arrive à la conclusion suivante :

« L'idée fondamentale de la respiration artificielle n'ap-
» partient pas à M. Pétrequin. M. Piorry l'avait formelle-
» ment énoncée, dès 1828, dans son ouvrage sur la per-
» cussion médiate. Depuis, M. Piorry l'a mise en pratique
» dans une suite d'expériences destinées à vérifier les pro-
» positions de M. Beau relativement à la production des
» bruits pulmonaires. M. Beau lui-même a eu recours à ce
» procédé d'expérimentation qui fait la base des opinions
» qu'il professe. Enfin, nombre d'expérimentateurs, comme
» l'avoue d'ailleurs M. Pétrequin, ont, avant lui et depuis
» lui, insufflé les poumons dans des desseins divers; mais
» aucun, certainement, n'a appliqué avec autant de suite,
» n'a poursuivi avec autant de persévérance l'idée que l'au-
» teur a développée, aucun n'a travaillé à en constituer une
» méthode. Sous ce rapport, c'est une véritable propriété
» qui ne peut être disputée à M. Pétrequin. D'après les faits
» signalés dans le mémoire qui nous occupe, ceux qu'il rap-
» portés, de son côté, M. Piorry, et quelques-uns, enfin, qui
» me sont propres et que j'ai pu constater dans des expé-
» riences assez concluantes, je pense qu'en effet, comme
» il en a la conviction, M. Pétrequin a indiqué à ceux qui
» marchent seuls un procédé simple et facile pour se guider
» dans les études stéthoscopiques, et à ceux qui suivent des
» maîtres habiles, une ressource pour répéter leurs leçons et
» aller plus vite, à tous un moyen utile de vérification et
» d'investigation. »

Cette conclusion, ainsi que celle de faire insérer dans le recueil de ses travaux le Mémoire de M. Pétrequin, sont adoptées par la Société.

M. Bérard fait, au nom d'une autre commission, un rap-

port sur une observation de tumeur purulente du bassin, lue par M. le docteur Camus dans une des précédentes séances de la Société (1). M. le rapporteur s'attache à faire ressortir le haut intérêt que présente ce fait, sous le rapport de la cause de la maladie, de sa marche, de son diagnostic si difficile, et devenu, cependant, nécessaire pour établir un bon traitement. Était-ce une grossesse ordinaire, un faux germe, avec accumulation d'eau dans l'utérus, une grossesse extra-utérine? Était-ce une tumeur développée dans la paroi postérieure de l'utérus ou dans un ovaire? M. Camus, dit M. le rapporteur, a prouvé en discutant ces divers points qu'il était doué des qualités les plus précieuses de l'observateur. Il est, enfin, arrivé, par voie d'exclusion, à penser que la collection occupait la partie supérieure de la cloison recto-vaginale. Quoique M. Camus semble avoir épuisé toutes les hypothèses relatives à la situation de la tumeur qu'il a décrite, il en est peut-être encore une que l'on pourrait admettre et que je vais présenter, ajoute M. Bérard, avec toute la circonspection qu'exige un sujet qui restera toujours obscur. Le péritoine, après avoir tapissé la face postérieure de l'utérus, descend sur la partie la plus élevée de la face postérieure du vagin, qu'il revêt dans une étendue de 8 à 9 lignes, et qu'il abandonne ensuite pour se réfléchir au-devant du rectum. Ne serait-ce pas dans ce cul-de-sac que se serait développée la collection purulente dont il s'agit? Promptement bornée par des adhérences établies entre le rectum et l'utérus, cette péritonite circonscrite aurait donné lieu à un abcès qui se serait accru graduellement au point de remplir l'excavation pelvienne de la région hypogastrique. Cet accroissement aurait été favorisé, d'une part, par la distension facile du péritoine, et, d'une autre part, par la difficulté d'une

(1) Voir le texte de cette observation dans la *Revue médicale*, juillet 1838, p. 42.

perforation par l'ulcération de toute l'épaisseur des parois du rectum, du vagin ou de l'utérus. Je comprendrais, au contraire, difficilement qu'une collection purulente occupant la cloison recto-vaginale pût parvenir à un très-grand volume; car le peu d'épaisseur de cette cloison amènerait bientôt l'ouverture spontanée de la tumeur, soit dans le rectum, soit dans le vagin.

La cause première des accidents est la manœuvre criminelle d'une sage-femme, qui, voulant déterminer un avortement, s'est servi d'une espèce de sonde droite qu'elle a enfoncée avec force. On peut supposer que le vagin a été perforé au niveau de son insertion sur la lèvre postérieure du col de l'utérus, et cette supposition, dit M. Bérard, prête un nouvel appui à l'opinion que je viens d'émettre.

Revenant au travail de M. Camus, M. le rapporteur rappelle que celui-ci ayant acquis la certitude que la tumeur était placée entre le rectum et les organes génitaux, persuadé qu'elle contenait du liquide, et que ce liquide était probablement du pus, pensa, avec raison, que l'indication était d'enfoncer par le vagin un trocart dans l'épaisseur de la tumeur, dans le double but d'obtenir des lumières plus exactes sur sa nature et de l'évacuer si le diagnostic était juste.

Cette opération fut résolue dans une consultation avec M. Robert, et exécutée par ce dernier. Elle donna les résultats les plus satisfaisants. Il s'écoula environ deux litres de pus homogène assez consistant, d'une odeur fétide. En même temps, le ventre s'affaissa, la tumeur pelvienne disparut, et l'on put reconnaître que l'utérus était revenu à sa place. Un soulagement immédiat suivit cette évacuation. A partir de ce jour jusqu'à l'époque de la guérison, qui fut définitive quatre mois après, M. Camus laissa dans la poche une sonde qui servait à la vider. A plusieurs reprises, cette sonde s'échappa de la poche et celle-ci se remplit de nou-

veau, ce qui fut suivi du retour des premiers accidents. Pour y mettre un terme définitif, M. Camus eut recours à une opération qu'il convient, dit M. le rapporteur, d'ériger en principe pour les cas analogues. Il pratiqua une incision transversale à l'aide d'une sonde cannelée et d'un bistouri pointu enfoncés dans la poche à travers l'ouverture de la ponction. L'incision fut agrandie ensuite avec un bistouri boutonné. Il en résulta une large communication entre le vagin et le foyer de l'abcès, ce qui favorisa l'oblitération complète de ce dernier. Depuis cette époque toutes les fonctions se sont parfaitement rétablies et la guérison ne s'est pas démentie. M. le rapporteur termine les considérations que lui a suggérées ce fait important de chirurgie pratique, en faisant remarquer que l'étude des observations analogues, citées par M. Camus ou par d'autres auteurs, démontre les grands avantages du traitement adopté par ce chirurgien. Lorsqu'on attend, en effet, que de pareils abcès se soient spontanément frayé une route à travers le vagin, et, ce qui est plus fréquent, à travers le rectum, la malade court les plus grands dangers et souvent elle succombe. M. Camus a donc parfaitement raison, lorsqu'il termine son travail en formulant ce précepte, savoir : que l'évacuation artificielle par le vagin des tumeurs purulentes situées entre le rectum et le vagin est préférable à l'évacuation spontanée du pus par le rectum.

M. Mélier entretient la Société d'un fait analogue à celui observé par M. Camus, mais avec cette différence que l'abcès, précédé d'un énorme phlegmon chronique, occupant la région hypogastrique, et qui fut long-temps pris pour une tumeur fibreuse, s'est ouvert spontanément dans l'intestin et que la malade a dû sa guérison aux seuls efforts de la nature. Simplement énoncée par M. Mélier, cette observation sera communiquée, plus tard, à la Société, avec tous

les détails qu'elle comporte et les réflexions qui s'y rattachent.

La conclusion du rapport de M. Bérard, qui est l'insertion dans le recueil des travaux de la Société, de l'observation de M. Camus, est adoptée.

M. Roche fait part à la Société du fait suivant : J'ai accouché, dit-il, il y a peu de temps, une dame qui avait été atteinte, dans le cours de sa grossesse, d'une métrite accompagnée de fièvre, d'oppression et de palpitations. Plusieurs saignées du bras avaient été pratiquées, et dans toutes le sang était plus ou moins couenneux. L'accouchement, quoique prématuré, eut lieu naturellement et sans accident. Seulement, j'eus occasion de constater un fait tout nouveau pour moi. C'est une couenne inflammatoire très-prononcée, enveloppant un caillot qui s'était formé pendant le travail de l'accouchement.

M. Duparcque : Le fait est tout naturel et facile à expliquer : si l'on agite le sang immédiatement après la saignée, si le sang sort du vaisseau par un jet grêle et délié, s'il est reçu dans un vase large, en un mot, s'il est répandu dans des circonstances où il se coagule immédiatement, les parties constituantes du sang ne se séparent pas, et la couenne n'a pas lieu. Ce sont précisément des conditions contraires, et, par suite, très-favorables à la formation de la couenne, qui ont eu lieu dans le fait rapporté par M. Roche dans un épanchement qui s'opère entre l'utérus et le placenta. La coagulation est nécessairement fort lente, et conséquemment, je le répète, rien de plus facile à expliquer que la formation d'une couenne dans ce cas.

M. Bourgeois : C'est avec raison que les praticiens ont remarqué que la manière dont le sang coulait avait de l'influence sur la formation de la couenne. En voici une nouvelle preuve. Il y a quelques jours, je fus appelé à donner

mes soins à un sujet atteint de fièvre cérébrale. Je m'empressai de pratiquer une saignée ; mais les mouvements auxquels se livrait le malade ne me permirent pas de la faire aussi régulièrement que je l'aurais désiré. Le sang coula goutte à goutte ; il n'y eut pas de couenne. Je pratiquai le lendemain une nouvelle saignée : le sang sortit convenablement de la veine, et dix minutes après, le caillot était recouvert d'une couenne; elle existait aussi dans la troisième saignée que je pratiquai.

M. Delens demande quel est l'intervalle qui s'est écoulé entre chaque saignée.

M. Bourgeois répond qu'elles ont été faites jour par jour.

M. Collineau : Je ne prétends pas nier l'influence que peut avoir l'ouverture plus ou moins large de la veine sur la formation de la couenne ; mais, je crois qu'il est une autre cause qui peut faire qu'une première saignée n'offre pas de couenne, tandis que celles qui la suivront pourront en offrir. Si, dans une maladie, la réaction n'est pas encore établie, le caillot ne présente pas de couenne. C'est dans de semblables conditions que les premières saignées, dans les pneumonies, dans les pleurésies, ne présentent pas de couenne. Mais la réaction vient-elle à s'établir, aussitôt la couenne apparaît dans les saignées qui sont pratiquées. L'apparition de la couenne ne pourrait-elle pas faire penser que le sang participe à l'inflammation?

M. Rouanet serait porté à admettre que dans les phlegmasies, le sang est plus chaud que dans l'état de santé. Cette augmentation de chaleur expliquerait peut-être la formation de la couenne. On pourrait, au moyen d'éprouvettes placées dans les liquides élevés à différents degrés, s'assurer si le sang qui y est reçu se recouvre plus facile-

ment de couenne dans celui où la température est la plus élevée.

M. Bérard : La sensation de chaleur perçue par le malade pendant un accès de fièvre ne prouve pas qu'il y ait élévation de température de la masse du sang. Cette élévation de température n'est pas non plus indiquée par le développement de chaleur que l'on observe dans une partie enflammée.

Les expériences de Hunter ont, il est vrai, démontré que la température s'élève de quelques degrés dans une région qui est phlogosée; mais ces mêmes expériences établissent que jamais son degré ne dépasse la température du sang de l'animal.

M. Hourmann, pour prouver que la température d'une partie enflammée est plus élevée que dans l'état sain, rappelle un autre fait mentionné par Hunter.

Dans un cas de paracenthèse abdominale où il s'agissait d'évacuer un liquide purement séreux, et sans aucune inflammation du péritoine, le thermomètre, exposé au jet de ce liquide, s'éleva à un certain degré. Le thermomètre atteignit deux ou trois degrés de plus, lorsque la même opération fut pratiquée à la suite d'une péritonite.

M. Chailly a recherché quelle était la température du corps pendant le stade de froid d'une fièvre intermittente et pendant le stade de chaleur; il n'a pas trouvé de différence appréciable.

M. Mélier a vu un malade chez lequel il a pu constater la justesse des remarques de M. Collineau : fort jeune, à large poitrine, cet homme était atteint d'une fièvre intense, avec céphalalgie et tout l'ensemble des symptômes qui caractérisent une violente *courbature*. Le sang d'une première saignée pratiquée le jour de l'invasion ne présenta pas de couenne, tandis que celui de la seconde, faite le lendemain,

et d'une troisième qui eut lieu plus tard, offrit une couenne très-marquée. L'ouverture de la veine n'avait pas été sensiblement plus large dans un cas que dans l'autre, et le sang, reçu dans des vases pareils, avait été conservé, pendant le même temps, dans des conditions semblables. M. Mélier est porté à conclure de ce fait, observé d'ailleurs un grand nombre de fois, que la couenne, produit morbide d'un travail de nature inflammatoire qui se passe dans le sang, serait à ce fluide ce que le pus est aux solides, et demanderait, comme le pus, un certain temps pour se former. On se rendrait ainsi compte et de l'absence de la couenne dans les saignées faites dès le début des maladies et de sa présence dans celles que l'on pratique à une période plus avancée. On concevrait également pourquoi la couenne persiste quelquefois lors même que les malades éprouvent déjà une amélioration notable, et conséquemment combien serait grande l'erreur des médecins qui verraient dans cette persistance seule une *indication* à de nouvelles saignées.

M. Delens : C'est à tort qu'un des préopinants a établi un rapprochement entre le pus et la couenne : examinés au microscope ces deux produits morbides présentent des différences physiques très-notables.

M. Collineau : Je crois avoir dit que la couenne n'était pas arrivée à l'état de pus ; l'une conduit à l'autre.

M. Hourmann : On a avancé que la couenne ne se rencontrait que dans les inflammations; cette proposition est trop générale. J'ai donné, en effet, des soins à une dame enceinte qui n'avait pas de fièvre et chez laquelle rien n'annonçait l'existence d'une phlegmasie quelconque. Cependant, le sang que je tirai de la veine se montra couenneux.

La discussion est close.

La parole est à M. Audouard pour la lecture d'un *Mé-*

moire sur l'importation du choléra de Marseille à l'armée d'Afrique, en 1837 (1).

L'impression du travail de M. Audouard, demandée par plusieurs membres, est mise aux voix et adoptée.

M. Bérard communique à la société le fait suivant:

« Une dame d'environ 50 ans, encore réglée, ayant eu deux enfants, jouissait habituellement d'une bonne santé. Cependant, depuis quelques années, elle accusait des fatigues passagères dans les reins et des douleurs également passagères dans la partie inférieure du ventre. A une époque que la malade ne peut déterminer exactement, il se manifesta à l'aine droite une petite tumeur que le doigt faisait rentrer. On donna à la malade le conseil d'appliquer un bandage, mais ce conseil fut négligé. La tumeur augmenta graduellement, sans cesser, toutefois, d'être réductible. Au mois de décembre 1837, douleurs plus vives dans le ventre; accroissement rapide de la tumeur. L'inspection nous montra alors, continue M. Bérard, une tumeur du volume d'un œuf de poule, à base large, s'étendant, au niveau du pli de l'aine, vers le ventre et la grande lèvre droite. Sa surface est égale sauf, une saillie de la hauteur du doigt qui forme comme un mamelon central. La peau a conservé sa couleur naturelle, excepté au sommet de la saillie indiquée, ou elle a pris un aspect violacé. C'est là seulement qu'elle paraît adhérente. Comprimée dans tous les sens, cette tumeur reste irréductible et conserve le même volume. La fluctuation y est évidente. Le doigt enfoncé dans un des points de la circonférence de la tumeur, ne peut la détacher de sa base. Il semble même qu'elle se continue dans l'abdomen. En palpant le ventre, on y découvre, au-dessus du pubis, un corps volumineux, arrondi et très-rénitent. D'un autre côté, le

(1) Ce mémoire a été inséré textuellement dans la *Revue médicale*, cahier de mai 1838, p. 161.

toucher semble révéler l'existence d'un corps fibreux développé dans l'épaisseur des parois de la matrice, circonstance qui rendrait raison des coliques et des maux de reins ressentis par la malade, et qui éloignerait l'idée d'une hernie étranglée. Notre diagnostic fut que la tumeur était formée par un ancien sac herniaire oblitéré au collet et renfermant une collection séreuse. Peu confiants dans une opération chirurgicale, nous nous bornâmes à l'usage successif des résolutifs et des fondants; mais l'insuccès de cette médication et l'impatience de la malade firent qu'au bout de 15 jours le traitement fut abandonné. Dans cette position où la responsabilité devenait de plus en plus grave, l'on appela en consultation M. Marjolin, qui partagea, en tous points, notre opinion sur le diagnostic. Il déclara, 1° qu'il y avait une ancienne hernie crurale avec une portion de l'épiploon engagé dans le collet du sac; 2° que des adhérences unissaient l'épiploon aux parois du sac; 3° qu'il y avait hydropisie et distension de la partie inférieure du sac prêt à se rompre là où la peau était très-amincie.

C'est alors que M. Marjolin proposa la ponction, dans le double but d'évacuer le liquide et de mieux examiner ensuite la tumeur. Cette ponction fut faite avec un petit trocart et donna issue à une sérosité de couleur légèrement citrine. Mise sur le feu, cette sérosité se coagula. On trouva alors à la base de la tumeur qui avait été entièrement vidée, un corps arrondi, du volume d'une petite noisette, qui occupait la place de l'anneau crural et s'enfonçait profondément derrière l'arcade crurale. Notre diagnostic se trouva donc encore une fois pleinement confirmé. Au bout de 4 à 5 jours, il survint un frisson prolongé et des douleurs dans la tumeur qui se remplit de nouveau, en même temps que la peau devint rouge, chaude, lancinante, offrit, en un mot, les caractères d'une inflammation phlegmoneuse. On pratiqua alors

une large incision qui donna issue à une sérosité abondante et lactescente. Bientôt des vomissements ont lieu et sont accompagnés de tous les symptômes d'une péritonite manifeste. Tous les moyens de traitement restent insuffisants pour conjurer le danger, et la malade meurt dans la soirée du 10 janvier 1838. L'autopsie pratiquée 36 heures après la mort, constata, indépendamment des caractères anatomiques de la péritonite, une inflammation avec exsudation albumineuse de l'intérieur de l'abcès. Celui-ci communiquait avec le péritoine par le collet du sac herniaire derrière le ligament de Fallope. L'oblitération du collet avait été produite par la trompe utérine du côté droit, laquelle adhérait de toutes parts à la séreuse ; quant à l'utérus, il avait acquis beaucoup de volume, mais il n'avait, d'ailleurs, subi aucune altération dans son tissu.

M. Bérard se demande si, dans ce cas malheureux, il faut accuser seulement la maladie, ou si une simple ponction de la tumeur n'a pas été plus funeste que ne l'eût été une large incision. Il se demande si les tentatives de réduction, trop souvent répétées, sont étrangères au développement des accidents. Enfin, doit-on penser que le volume énorme de l'utérus n'a pas contribué en quelque chose à déterminer la hernie de la trompe.

M. Mérat aurait préféré une large incision à une simple ponction.

M. Téallier partage tout-à-fait cette opinion, et raconte, à ce sujet, deux cas d'ascite avec amincissement extrême des parois abdominales, dans lesquels la ponction a été suivie de tous les symptômes d'une péritonite mortelle.

VARIÉTÉS.

Compte-rendu de l'assemblée générale annuelle pour 1839, de l'Association des médecins de Paris. — Réclamations de M. Blaud sur le mode d'administration de ses pilules ferrugineuses.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

Assemblée générale annuelle tenue dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, sous la présidence de M. Orfila, *le dimanche* 20 *janvier* 1839.

(*Extrait du compte-rendu de* M. Gibert, *secrétaire-général.*)

Messieurs, les espérances que nous avions conçues se sont réalisées. Les améliorations introduites dans notre gestion ont porté leur fruit... Tandis que dans le cours des années précédentes nous avions vu le nombre de nos souscripteurs s'abaisser de 380 à 338, cette année, il s'est relevé de 338 à 355. Et cela malgré plusieurs démissions (la plupart pour causes de départ) et six décès. Les membres dont nous avons eu à regretter la perte sont MM. les docteurs Descot, Descourtilz, Sarlandière, Garnot, Guerbois et Itard.

Comme nous l'avions bien prévu, le zèle de MM. les membres de la commission, joint à l'exactitude et à l'empressement de notre trésorier, n'a pas manqué d'augmenter le nombre des admissions nouvelles, en même temps qu'il accélérait puissamment et assurait la rentrée des fonds. Ajoutez à cela la suppression des 600 fr. précédemment alloués au trésorier, et vous comprendrez comment nous sommes arrivés cette année à des résultats plus satisfaisants

encore que ceux des années précédentes. En effet, tandis qu'en 1837 nous avions augmenté notre capital de 3713 fr., placés en rentes sur l'État, cette année nous avons pu placer 5,450 fr., et ajouter ainsi 250 fr. de rentes 5 pour 100 aux 1,000 fr. que nous possédions déjà.

Et cependant au lieu de 640 fr. de secours, nous en avons distribué 1,360.

C'est donc avec raison que, dans le compte-rendu de l'année dernière, je pressentais l'époque prochaine où nos ressources nous permettraient d'économiser presque tout le produit de nos souscriptions au profit du capital social, tandis que le revenu de ce capital deviendrait assez considérable, non-seulement pour subvenir à nos dépenses habituelles, mais encore pour fournir au besoin d'abondants secours à celui de nos sociétaires qu'un malheur imprévu viendrait à frapper.

Cette circonstance s'est présentée cette année, et nous avons pu, sans déranger en rien l'économie de nos finances, offrir à un confrère honorable, l'un des fondateurs de cette association, un secours de 800 fr. qui l'a aidé à parer aux dépenses extraordinaires imposées par une maladie grave et de longue durée. Aujourd'hui nous avons la satisfaction de voir notre collègue rendu à ses travaux.

L'Association possède aujourd'hui, après cinq ans d'exercice, 1,250 fr. de rentes, représentant un capital de 27 à 28,000 fr. Pendant ce laps de temps, elle a distribué 4,300 fr. de secours, particulièrement appliqués à des vieillards infirmes et misérables, à des veuves et à des filles de médecins, enfin à un sociétaire, le premier et le seul qui se soit jusqu'ici trouvé dans le cas de recourir à la caisse de prévoyance que nous avons fondée.....

Mais, Messieurs, ce n'est pas seulement sur la partie matérielle et financière de notre gestion que je désire appeler

votre attention, c'est encore sur cette partie morale qui a toujours été l'un des objets capitaux de notre association. A cette occasion, sans vouloir revenir sur le passé qui nous offrirait plus d'un témoignage en faveur du zèle que nous avons tous mis à défendre et à soutenir l'honneur de notre profession, je me bornerai à vous citer, 1° la création d'institutions analogues à notre Association parisienne, créées dans quelques départements, et notamment dans celui de Maine-et-Loire, comme nous en a informés une brochure adressée à l'Association des médecins de Paris par M. le docteur Hunault, d'Angers; 2° le rapport ministériel et quelques dispositions du projet de loi nouveau qui nous ont été communiqués par M. Orfila, et dans lesquels sont promises quelques améliorations conformes aux vues que vous avez exprimées vous-mêmes dans plus d'une occasion; 3° une proposition relative à la police médicale soumise à la commission générale par l'un de ses membres, M. le docteur Renouard, proposition qui a donné lieu à une discussion approfondie, et par suite à la rédaction d'un paragraphe additionnel à l'article 14 de nos statuts, sur lequel vous aurez à vous prononcer aujourd'hui. Ce paragraphe a pour but d'investir la commission générale du droit de veiller, au nom de l'Association, à la répression des nombreux abus qui nuisent à l'honneur et aux intérêts de notre profession, en même temps qu'ils compromettent gravement les intérêts du public.

N'est-ce pas, en effet, à l'Association des médecins de Paris, la seule composée de praticiens qui se réunissent exclusivement dans un but de confraternité et de charité, qu'il appartient de donner l'exemple du courage et du dévoûment nécessaires pour attaquer des abus dont la plupart ne subsistent que grâces à l'inertie et à l'anarchie du corps médical?

Qui sait, en effet, si, avec de la fermeté et de la persévérance, on ne pourrait pas arriver à faire considérer comme exerçant une sorte d'escroquerie, passible des peines infligées par les tribunaux, les charlatans qui, s'attaquant également *à la bourse et à la vie* de leurs dupes, cherchent, par des annonces menteuses et de dangereuses promesses, à abuser de la crédulité publique?

Dans tous les cas, n'y a-t-il pas lieu de présenter comme une œuvre d'humanité, exercée d'ailleurs par les véritables *arbitres-experts* en pareille matière, la dénonciation et la répression d'abus qui compromettent la santé et la fortune d'un si grand nombre de citoyens?... N'est-il pas consolant pour des hommes de bien, pour ceux du moins qui ne veulent pas encore désespérer du salut de la société, de voir, dans ce temps d'égoïsme, d'intrigue, de charlatanisme et de cupidité effrénée,... de voir, dis-je, une réunion d'hommes modestes et désintéressés, mus par le seul désir d'améliorer autant qu'il est en eux le sort de leurs confrères, se rapprocher en une association prévoyante et bienfaisante, que ne découragent ni les difficultés de l'entreprise qu'elle a conçue, ni les étroites limites où doivent se renfermer nécessairement les résultats qu'elle a lieu d'obtenir de ses efforts?

RÉCLAMATIONS DE M. LE DOCTEUR BLAUD AU SUJET DU MODE D'ADMINISTRATION DE SES PILULES.

Monsieur le Rédacteur,

Il s'est glissé une faute grave dans l'impression de mon mémoire sur les affections chlorotiques (*voir* le précédent

cahier de la *Revue médicale*, t. IV de 1838, p. 345). Cette faute est telle que l'administration de mes pilules serait sans effet, si elle n'était rectifiée.

J'avais dit dans mon manuscrit à la fin du mémoire :

« Voici comment je les administre pour en obtenir tant de succès :

Le premier jour, Le deuxième, Le troisième,	Une le matin à jeun. Une dans l'après-midi. Une le soir au coucher.
Le quatrième, Le cinquième, Le sixième,	Deux le matin en une dose, Deux le soir.
Le septième, Le huitième, Le neuvième,	Deux le matin. Deux l'après-midi. Deux le soir.
Le dixième, Le onzième, Le douzième,	Trois le matin. Trois le soir.
Le treizième et les jours suivants jusqu'à la guérison,	Trois le matin. Trois l'après-midi. Trois le soir.

Ensuite aux doses décroissantes, j'avais dit :

Le premier jour à dater de la guérison, Le deuxième, Le troisième,	Trois le matin. Trois le soir.

Le quatrième,	Deux le matin.
Le cinquième,	Deux l'après-midi.
Le sixième,	Deux le soir.
Le septième,	
Le huitième,	Deux le matin.
Le neuvième,	Deux le soir.

Eh bien ! l'imprimeur, faisant disparaître les accolades, et appliquant ainsi à chaque jour ce qui était commun à trois, a complètement changé la graduation des doses.

Ainsi, page 345, il est dit :

« Le premier jour, une pilule le matin à jeun.

» Le deuxième jour, une dans l'après-midi.

» Le troisième jour, une le soir au coucher. »

Ce qui n'indique qu'une pilule par jour, tandis que la dose réelle est de trois chaque jour.

Il en est de même du reste de l'indication de toutes les doses journalières.

Je vous prie de vouloir bien faire insérer dans le plus prochain cahier de la *Revue médicale* cette rectification importante.

BRAUD,
Médecin de l'hôpital de Beaucaire, Membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Beaucaire, le 7 janvier 1839.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Mémoire sur la fièvre typhoïde, sur les diverses formes qu'elle peut présenter, et sur le traitement qui lui est applicable ; par J.-R. Delarroque, médecin de l'hôpital Necker.

Après les travaux de MM. Bretonneau, Chomel, Louis, et quelques autres modernes sur la fièvre typhoïde, de nouvelles excursions sur un terrain si souvent exploré doivent, pour inspirer un certain degré de confiance, apporter des matériaux réels à la thérapeutique. Aussi, l'auteur, pour se mettre à l'aise, commence-t-il par déclarer que son mémoire n'est que la réponse à une question proposée par une société savante, l'extrait succinct d'une œuvre à venir beaucoup plus importante. Selon lui, la fièvre typhoïde est le produit de l'action que les liquides dégénérés exercent sur le canal alimentaire, débutant le plus souvent par un état saburral, presque jamais par la gastrite. Il réfute ensuite avec plus ou moins de bonheur les opinions opposées à la sienne, et s'inscrit en faux contre la doctrine qui veut que la méthode évacuante provoque ou détermine les perforations intestinales. Passant à la description de la maladie proprement dite, M. Delarroque étudie, dans une première partie, les phénomènes précurseurs dont les caractères tranchés peuvent quelquefois donner la mesure des graves accidents qui vont suivre, c'est-à-dire la première période avec les pétéchies, les sudamina et les gargouillements des fosses iliaques. Dans un état plus avancé, il insiste sur la coïncidence de certains phénomènes nerveux avec les symptômes adynamiques, c'est-à-dire, un délire plus turbulent, le rétrécissement alternatif des pupilles, les sourbresauts des tendons et tout le cortége de ces symptômes effrayants, attribués souvent à tort à une méningo-encéphalite, et qu'on peut très-bien expliquer par le trouble de l'innervation. Un

chapitre est consacré à l'énumération des maladies qui viennent si souvent aggraver la marche de l'affection typhoïde, et qui ne sont que trop souvent la conséquence de mauvaises méthodes curatives. Parmi les plus habituelles de ces complications, on trouve les escharres du sacrum et des trochanters, si ordinaires chez les sujets qu'on a phlébotomisés sans mesure, et la gastrite, regardée à tort par l'école de Broussais comme le point de départ de la maladie typhoïde. Quant à la méningite, le médecin de l'hôpital Necker croit qu'on a souvent pris l'injection du cerveau et de ses membranes pour la phlegmasie de ces parties : il ne nie pas toutefois son existence ; c'est elle qui, selon lui, constitue le principe de la période ataxique.

Les idées de M. Delarroque sur la nature de la fièvre typhoïde étant différentes de celles de l'école physiologique, il en résulte des données thérapeutiques opposées. Aussi cette partie de l'ouvrage a-t-elle en quelque sorte pour introduction une vive polémique contre la méthode des saignées *coup sur coup*, déjà si fortement ébranlée par les aveux de M. Andral et les calculs de M. Louis. M. Delarroque passe ensuite en revue les autres médications, les met pour ainsi dire hors de cause, et arrive à son traitement de prédilection, à la méthode évacuante, qui est pour lui une panacée. Nous voulons bien croire aux bons effets de cette médication si puissante, puisque, d'après M. Delarroque, elle peut opposer neuf succès à un revers ; mais nous ne voyons pas la nécessité de sacrifier à son triomphe tant d'autres moyens employés avec succès par les praticiens du dernier siècle. Ainsi, dans la première période qui est souvent toute phlogistique, des émissions sanguines en petit nombre sont souveraines, s'il faut en croire un bon nombre d'observateurs de typhus. Ceux qui ont lu les historiens de ces épidémies n'ignorent pas que les préparations opiacées, le musc, la valériane, ont rendu d'éminents services. Dans le cas où la maladie coïncide avec un état saburral, les vomitifs sont tout-puissants ; mais cet état existe-t-il toujours ? Nous ne le pensons pas. Dans la dernière période, la cicatrisation des ulcérations intestinales s'opère lentement ; n'est-il pas à craindre que les purgatifs trop souvent répétés ne dérangent le travail réparateur de la nature ? Dans cette période, n'a-t-on pas constaté les bons effets des stimulants

diffusibles et des toniques amers, combinés suivant les circonstances avec les opiacés? Enfin, l'expectation même, pendant un certain temps, n'a-t-elle pas aussi ses avantages? Nous regrettons que les bornes d'une simple notice nous forcent à abréger ces considérations. Disons cependant, avant de terminer, que nous sommes loin de rejeter la thérapeutique si souvent heureuse de l'hôpital Necker; nous avons voulu seulement prouver qu'en dehors d'elle, il pouvait aussi y avoir quelques chances de salut.

A. Lacour.

Traité théorique et pratique des altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice; par F. Duparcque. Deuxième édition entièrement refondue et très-augmentée. — 1 vol. in-8°. Paris, 1839. Chez Germer Baillière.

La réputation du livre de M. Duparcque est faite depuis plusieurs années. Lors de l'apparition de la première édition, en 1832, cet ouvrage fut rangé parmi les plus utiles de ceux qui traitent des maladies de l'appareil utérin. Depuis cette époque, les progrès de la science n'ont malheureusement pas été tels que ce livre ait pu perdre quelque chose de son utilité.

La deuxième édition, que nous annonçons, n'est pas une simple réimpression de la première. L'auteur a cherché à faire disparaître des imperfections signalées par la critique, des fautes et des erreurs qui lui étaient d'abord échappées: il s'est efforcé de combler les lacunes de son premier travail. Enfin, il a mis à profit les ouvrages récents sur la matière et les observations de maladies de la matrice que lui a fournies sa pratique. Malgré ces changements, on pourrait peut-être contester à l'auteur la justesse de la qualification *entièrement refondue*, qu'il donne à cette deuxième édition. Elle a de si nombreuses ressemblances avec celle qui l'a précédée, qu'il eût suffi de dire qu'elle était *très-augmentée*. Le mot *refondu* n'est peut-être là qu'une exigence de libraire.

Le livre de M. Duparcque est trop connu pour qu'il soit utile d'en faire ici une analyse complète. Je me contenterai d'indiquer brièvement un ou deux points qui me semblent avoir un intérêt plus général que le sujet du livre.

L'auteur a traité assez au long du cancer en général, et s'est efforcé d'établir que le cancer est toujours primitivement local, et que ce n'est que par ses progrès, par son extension et par absorption qu'il se généralise ; qu'enfin il n'existe pas de diathèse cancéreuse générale. De là il est conduit à admettre la curabilité des affections cancéreuses. J'avoue que malgré toute l'habileté qu'a déployée M. Duparcque dans cette discussion, je crains qu'il ne parvienne pas à communiquer à un grand nombre de lecteurs son entière conviction. Trop souvent ses raisonnements, pour être ingénieux, n'en restent pas moins spécieux, et il faudrait bien des faits authentiques pour effacer de l'esprit des praticiens ces cas, que présente malheureusement la pratique journalière, de cancers qui parviennent rapidement à leur plus haut degré, malgré les soins les plus assidus et les plus éclairés. Quant à moi, je ne puis partager la confiance de M. Duparcque pour les moyens thérapeutiques combinés aux moyens hygiéniques de manière à modifier profondément l'organisme « en agissant soit sur l'innervation qui préside à tous les actes normaux ou anormaux de la vie, soit sur la composition du sang qui fournit des éléments matériels aux tissus naturels ou pathologiques. » Sans doute il faut repousser un pessimisme désespérant qui ne conduit qu'à l'inaction ; mais il faut craindre aussi de se bercer trop facilement d'un espoir que la réalité ne viendra pas justifier.

C'est avec plaisir que j'ai vu M. Duparcque s'élever contre la manie quelque peu intéressée de certains médecins, pour qui toute affection de l'utérus, quelque légère qu'elle soit, est une occasion d'employer la cautérisation, pratique souvent inutile, quelquefois dangereuse, utile seulement dans un nombre de cas assez restreint. Le temps a déjà fait justice des prétendus succès de l'amputation du col de l'utérus, il ne fera pas moins pour les immenses avantages de la pratique cautérisante contre laquelle s'élève déjà de tous côtés, et avec raison, la voix de médecins justement estimés (1).

---

(1) *Voir*, entre autres, l'excellent mémoire publié par M. le docteur Gibert, dans la *Revue Médicale*, tome IV, de 1837, page 305.

Nous ne pouvons, en terminant, que répéter que le livre de M. Duparcque est un des ouvrages les plus incontestablement utiles, et que tout praticien qui veut se tenir au courant de l'état actuel de la science doit s'empresser de le lire; il en retirera certainement plaisir et profit.

H. B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Anatomie microscopique, par le docteur Louis Mandl, publiée en 26 livraisons in-folio, accompagnées de 52 planches, en papier satiné. Paris, 1838. — Chez J.-B. Baillière, 17 bis, rue de l'Ecole-de-Médecine.

En vente : livraison 1. Première série. Tissus et organes. 1. Muscles.

2. Id., Id., 2. Nerfs.

3. Deuxième série. Liquides organisés. 1. Sang.

4. Id., Id. 2. Pus et mucus.

Prix de chaque livraison de 5 feuilles, accompagnée de 2 planches : 6 fr.

Notice historique sur la vie, les travaux, les opinions médicales et philosophiques de F.-J.-V. Broussais, précédée de sa profession de foi et suivie des discours prononcés sur sa tombe; par H. de Montègre, D.-M.-P, secrétaire de M. Broussais pendant plusieurs années.—1 volume in-8° de 158 pages, avec un beau portrait gravé. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17. Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Traité de physiologie, considérée comme science d'observation; par C. F. Burdach, professeur à l'université de Kœnigsberg, avec

des additions de MM. les professeurs Baer, Meyer, J. Muller, Rathke, Siebold, Valentin, Wayner; traduit de l'allemand, sur la deuxième édition, par A. J. L. Jourdan, membre de l'Académie royale de médecine. Tomes 4 et 5, formant les tomes 7 et 8 de la publication.

Prix de chaque vol., 7 fr.; l'ouvrage complet, 8 volumes in-8°, prix : 56 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17; Londres, même maison, 219, Regent-Street.

Traité des maladies des reins, et des altérations de la sécrétion urinaire, étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les maladies des uretères, de la vessie, de la prostate, de l'urètre, etc.; par P. Rayer, médecin de l'hôpital de la Charité, médecin consultant du roi, membre des Académies royales de médecine de Paris et de Madrid, de la Société médicale de Londres, des Sociétés de médecine de Stockholm, de Caen, de Lyon, etc.—Tome premier, avec 6 pl. gravées. Prix : 8 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'École-de-Médecine, 17; Londres, même maison, 219, Regent-Street.

ERRATA

Pour le tome IV de la Revue médicale, *année* 1838.

P. 361, au bas de la page : Des frères Jacques, *lisez* : De frère Jacques.

P. 367, au milieu de la page; Le docteur Pitrann, *lisez* : le docteur Pitcairn.

Annonce de la *Médecine pittoresque* contenue dans le cahier de décembre 1838, p. 456 : Prix de chaque volume, colorié, par la poste, *au lieu* de 21 fr. 55 c., *lisez* : 11 fr. 55 c.

Fautes à corriger dans ce cahier de janvier 1839 :

Page 22, ligne 14, et page 24, ligne 21, au lieu de *mixtion*, lisez *miction*.

REVUE MÉDICALE.

(*Février 1839.*)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

COUP-D'OEIL

SUR LES PROGRÈS DE LA CHIRURGIE EN 1838.

(Suite) (1).

Introduction de l'air dans les veines. — Résorption purulente. — Appareil calorifère dans le traitement des plaies. — Irrigations d'eau froide dans le traitement des maladies chirurgicales. — Perfectionnement des aiguilles à suture.

Les éléments de solution de cette importante question se composent de deux ordres de faits : les uns observés chez l'homme, et relatifs le plus souvent à des opérations chirurgicales ; les autres ayant pour point de départ des expériences faites sur les animaux. Par cette seule raison déjà on doit s'attendre à une différence dans les résultats; dès-lors aussi se trouvent tout naturellement expliquées certaines divergences d'opinion qui ont paru de prime-abord inconciliables.

Parmi les faits relatifs à l'homme, on a vu l'ouverture de veines quelquefois peu considérables amener promptement, presque subitement la mort ; souvent il n'y a pas eu d'autopsie, ou bien les détails en ont été incomplets : voilà ce qu'on rencontre le plus ordinairement, sauf un très-petit

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue médicale*, p. 10.

nombre d'exceptions. Toutefois, parmi les trente à quarante faits que l'on pourrait citer, il s'en trouve un certain nombre d'authentiques et qui nous paraissent d'une grande valeur. Ainsi, dans l'observation si souvent rappelée de Dupuytren, ce fut une veine de communication allant de la jugulaire externe à l'interne qui fut ouverte; dans la première observation de M. Roux, la veine jugulaire externe, et dans le fait de M. Mirault, la veine jugulaire interne fut incisée dans la moitié de son calibre. L'autopsie a été faite avec beaucoup de soin dans un certain nombre de cas. Dans l'un (Dupuytren), l'oreillette droite était distendue par de l'air qui lui donnait une tension élastique, et lorsque les parois furent incisées cet air s'échappa en grande quantité sans aucun mélange de sang. On trouva du sang à l'état liquide dans cette cavité et dans le reste du cœur, dans les artères et les veines du tronc, des membres et du cerveau; il y était mêlé à une si grande quantité d'air que les vaisseaux piqués de distance en distance laissaient partout échapper des bulles d'air.

Dans le fait de Delpech, le cadavre fut mis dans l'eau, et à l'incision des vaisseaux et du cœur on vit s'échapper une quantité prodigieuse de bulles d'air. Ces phénomènes n'étaient pas moins évidents dans le fait de Castara, non plus que dans celui de M. Roux. L'autopsie, dans ce dernier cas, nous paraît d'autant plus remarquable qu'on ne saurait y méconnaître une parfaite analogie avec les résultats qu'on obtient chez les animaux. En effet, « le péricarde incisé, le » ventricule droit offrit au toucher une mollesse, une élasti- » cité insolites, qui, toutes préventions à part, ne s'expliquent » bien que par la présence d'un gaz. En examinant avec at- » tention la surface extérieure du cœur, on vit dans les veines » coronaires des globules de gaz distendant en plusieurs points

» la colonne du liquide que les vaisseaux contenaient. Voilà
» le caractère qui donne à ce fait la plus forte analogie avec
» ce qu'on observe sur les animaux. On reconnaissait ce qui
» se passe quand une bulle d'air a pénétré dans un tube ther-
» mométrique. On avisa alors, vu la quantité d'air que l'on
» s'attendait à trouver dans le cœur, à le recueillir pour l'a-
» nalyser ensuite ; mais avant d'ouvrir cet organe on voulut
» constater l'état de quelques grosses veines, et l'on choisit la
» veine cave inférieure. Celle-ci, disséquée avec soin, faisait
» éprouver au toucher la même sensation que le ventricule
» droit. Une portion fut circonscrite entre deux ligatures,
» après qu'on y eut enfermé le plus qu'on put de ce fluide,
» qu'on ne reconnaissait encore qu'avec les doigts. De l'eau
» fut versée dans ce côté de l'abdomen, de manière à for-
» mer un petit bassin dont le niveau dépassait au moins d'un
» pouce la veine, qui, incisée avec un scalpel, laissa d'abord
» écouler du sang rougissant l'eau, puis une assez grande
» quantité de bulles gazeuses assez grosses qu'on laissa per-
» dre. On transforma de même la partie médiastine du tho-
» rax en un bassin rempli d'eau, au milieu duquel le cœur
» plongeait complètement, ce que la disposition des parties
» permit de faire avec la plus grande facilité. Dans ce bassin,
» une éprouvette remplie d'eau fut renversée, dans laquelle
» on put recueillir, après avoir largement incisé le ventricule
» droit, onze centimètres cubes d'air que l'on conserva.
» Quelques bulles furent perdues, parce qu'on ne voulut pas
» se presser de placer l'éprouvette à cause des précautions
» qu'exigeait le peu de profondeur de cette cave chimique
» improvisée. L'éprouvette maintenue renversée dans une
» soucoupe remplie d'eau fut mise de côté et l'autopsie conti-
» nuée ; on ne trouva pas de gaz dans les veines superficielles

» du cou ; il n'y en avait point dans les veines profondes.
» Les veines axillaire et sous-clavière droites étaient remplies
» de sang (1). »

On comprend toute l'importance qu'il y avait pour éclairer davantage la question, à créer artificiellement chez les animaux, et aussi exactement que possible, des circonstances analogues à celles qui s'observent chez l'homme; tel a été le but des expériences instituées chez les premiers. Ce n'était pas, toutefois, chose nouvelle, puisqu'il y a bientôt deux siècles, Rédi, Klide, Camerarius, Harderus, Méry, Sprœgel, et plusieurs autres expérimentateurs avaient déjà songé à tuer des animaux en leur injectant de l'air dans les veines.

De nos jours encore, Bichat, Nysten, Barry, MM. Poiseuille, Piedagnel, Bérard aîné, répétèrent ces expériences; mais on ne possédait que deux faits, celui du professeur Verrier recueilli en 1806, et de M. Bouley en 1821, dans lesquels cette introduction avait eu lieu sans injection. Il résultait de ces deux faits, que, dans certains cas de saignée à la jugulaire sur un cheval, l'air peut pénétrer accidentellement dans ce vaisseau.

Il était réservé à M. Amussat de démontrer qu'on peut faire mourir un animal par l'introduction spontanée de l'air dans le cœur au moyen d'une veine blessée ; les expériences si remarquables de ce chirurgien ont rendu évidente et incontestable pour tout le monde l'*introduction spontanée de l'air dans les veines*. Dès-lors il semblait que la question se simplifiait singulièrement; cependant, un certain nombre de

(1) Amussat, *Quelques mots de réponse à la lettre de M. Velpeau sur l'introduction de l'air dans les veines*. (Gazette médicale, 10 mars 1838, p. 157.)

points restaient encore obscurs, ou en litige. Ainsi, le lieu possible de cette introduction restait encore à déterminer; mais relativement à cette partie du problème, M. Bérard, en démontrant, par des recherches anatomiques d'un grand intérêt, que les veines du cou adhérentes de toutes parts à des gaines fibreuses, sont tenues béantes après leur section comme la veine cave inférieure à son passage à travers le diaphragme, comme les sinus cérébraux, les veines diploïques, mais par un autre mécanisme, avait préparé la solution de cette question; et M. Poiseuille, en démontrant expérimentalement l'influence de l'acte de l'inspiration sur le mouvement du sang dans les veines voisines du cœur, l'avait singulièrement éclaircie. Ils n'avaient pas, cependant, établi expérimentalement et d'une manière précise, le point où cette introduction est rendue si facile, où se fait le flux et le reflux du sang. M. Amussat a démontré directement que la région dangereuse, ainsi qu'il l'appelle, est à quelques pouces au-dessus et au-dessous de la clavicule. Non-seulement la veine axillaire mais aussi la jugulaire externe, dans le lieu où on pratique la saignée, vers les deux tiers supérieurs de l'encolure, peut donner passage à l'air, ainsi que l'a prouvé M. Barthélemy.

Il est résulté de ces expériences que l'introduction de l'air se trouvait tantôt favorisée, tantôt empêchée, suivant certaines circonstances, et cela avait une application directe à la chirurgie; ainsi, en canalisant les veines, M. Amussat a fait voir qu'on pouvait rendre le phénomène beaucoup plus facile, de même qu'en soulevant le membre, en détergeant la plaie, en plaçant l'animal dans telle ou telle situation; c'est ainsi, par exemple, qu'il fut constaté que la position verticale était beaucoup plus avantageuse que l'horizontale. D'autres fois, au contraire, l'affaissement des parois veineuses, la

présence d'un caillot obturateur, s'opposaient à l'entrée de l'air. Déjà de ces faits on pouvait déduire quelques conséquences pratiques : et d'abord, celles de ne pas détacher les caillots qui s'amassent dans une plaie parcourue par de gros troncs veineux, surtout si leurs branches principales sont ouvertes, d'éviter de faire exécuter aux membres quelques grands mouvements, de rechercher par la même raison les positions qui facilitent le relâchement des cloisons fibreuses traversées par les vaisseaux. A la compression des veines, entre le cœur et la partie sur laquelle on opère, M. Amussat a ajouté les inspirations peu étendues, et avec raison, puisqu'un phénomène inverse semble favoriser l'introduction.

Relativement aux moyens curatifs des accidents produits par l'entrée de l'air dans les veines, l'art ne nous semble pas avoir fait tous les progrès qu'on pouvait désirer ou espérer; on en a rejeté quelques-uns comme dangereux, et c'était déjà un pas : je veux parler de l'emploi des sondes introduites dans le cœur pour aspirer l'air, mais on n'en a pas proposé de bien utiles. Je ne pense pas qu'on doive attacher une grande valeur à la position, à la compression du thorax pendant l'opération ou après que les accidents sont survenus, non plus qu'aux secousses brusques et répétées sur le thorax; aussi faut-il dire encore avec M. Bouillaud (Rapport à l'Académie de médecine, 13 février 1838), « que la prophylactique » et la thérapeutique de l'introduction de l'air dans les veines » requièrent de nouvelles expériences. »

Aussi, lorsque nous recherchons quelle application rigoureuse pourrait être faite à la chirurgie humaine des résultats fournis par les expériences sur les animaux et rapprochés des faits observés déjà sur l'homme vivant, nous sommes forcés de convenir que la question de chirurgie pratique n'a pas reçu

de ces travaux de très-grandes lumières. Cependant, ainsi que le dit l'auteur d'un excellent article sur ce sujet (1), « un » progrès réel mais indirect ressort des recherches faites » sur les animaux, c'est que l'on connaît mieux aujour- » d'hui les diverses circonstances du phénomène, les points » importants à noter : or, quand un chirurgien aura le » malheur d'enrichir la science d'un fait nouveau, il le con- » statera avec la méthode, l'analyse, la précision et la rigueur » d'observation que les dernières recherches sur les animaux » ont rendues et montrées indispensables. »

II. — Parmi les accidents consécutifs aux opérations chirurgicales, parmi les complications graves des lésions traumatiques des parties molles ou des os, ce que les chirurgiens de nos jours redoutent le plus et avec toute raison, ce qui compromet si souvent le résultat des opérations les plus habilement pratiquées, et souvent dans les meilleures conditions possibles, c'est sans contredit la résorption purulente. On a d'abord systématisé ainsi une série de phénomènes qui se développent alors que du pus se forme ou va se déposer en nature dans un certain nombre de points de l'économie, et donner naissance à des collections ou à des fusées purulentes, à l'occasion d'une phlegmasie suppurative, locale dans le principe.

Que plus tard on ait rattaché, à tort ou à raison, ces lésions à la phlébite suppurative ou à l'altération du sang déterminant consécutivement, et par une sorte de stimulus, des phlegmasies suppuratives, toujours est-il que la pratique n'y avait pas trouvé le moindre avantage. Et il semblait en vérité

(1) *Gazette médicale*, 17 février 1839, p. 97.

que s'il fallait prendre en considération la doctrine de la phlébite, ce n'était pas qu'elle eût fourni des conséquences utiles à la thérapeutique, mais parce qu'elle rendait parfaitement compte des phénomènes morbides, de leur apparition, de leur succession et surtout de leur gravité. Il faut bien en convenir, je ne sache pas que les opérés succombent moins aux accidents dont il s'agit depuis qu'il est question de phlébite, qu'à l'époque où, pour expliquer la mort, on invoquait la résorption purulente.

Que de méthodes de traitement et que d'insuccès à rappeler, à ce point que beaucoup de chirurgiens mettent en doute l'authenticité d'une seule guérison de résorption purulente! Les antiphlogistiques, et d'un autre côté ou à une certaine période les révulsifs, les excitants de toute nature, les toniques, et parmi eux le sulfate de quinine comme moyen spécial; les précautions dans les pansements, des modifications variées dans leur fréquence ou leurs méthodes, etc., tout a été employé, et toujours en vain. Le développement de la maladie semble avoir quelque chose de fatal, aussi bien que sa marche et sa terminaison. Une fois le premier accès fébrile développé, une fois les symptômes caractérisés, c'en est fait du malade. Donc, ici encore les théories n'avaient rien donné à l'art; et ce qu'il y avait de plus déplorable, c'est que la pratique ne s'éclairait point à proportion que les faits se multipliaient.

Un travail fort remarquable nous semble avoir, sinon complètement, du moins partiellement, résolu la question; le mémoire de M. Tessier touche aux points les plus obscurs, et les plus décisifs; il ébranle fortement la théorie qui rattache l'infection purulente à la phlébite, à l'égal presque de ce que cette théorie avait fait pour la résorption purulente.

Les conclusions de M. Tessier s'appuient spécialement sur les deux faits anatomiques suivants : 1° au début de la phlébite les veines sont constamment oblitérées, ainsi que l'a toujours constaté M. Cruveilhier : d'ailleurs, à cette époque le pus n'est point encore formé. 2° Et lorsque le pus est formé il est ordinairement séquestré par des caillots et des fausses membranes, ainsi que Dance l'a constaté.

Aussi l'auteur ne manque-t-il pas de conclure que la fièvre purulente ne peut résulter du passage du pus dans le sang par l'intermédiaire des veines enflammées et en suppuration. Ce passage est impossible attendu que le pus à toutes les périodes de l'inflammation veineuse est séquestré dans le canal de la veine enflammée par des caillots et des fausses membranes.

Mais il va plus loin. En admettant le passage du pus dans le sang, on ne peut expliquer les altérations pathologiques de la fièvre purulente.

Ces altérations pathologiques consistent dans la présence du pus dans le sang et les suppurations métastatiques.

Personne aujourd'hui ne conteste le fait de la présence du pus dans le sang à la suite de la fièvre purulente. On a vu ce liquide dans des caillots sanguins; on l'a vu dans le sang liquide; et le microscope a permis à plusieurs observateurs d'en reconnaître les globules irréguliers, pulvérulents, parmi les globules du sang. Il ne s'agit donc point ici d'une question d'existence, mais d'une question de fréquence. Quel observateur pourrait dire : « J'ai trouvé du pus dans le sang de tous les sujets morts de fièvre purulente? » Personne, en effet, ne s'est occupé d'une pareille étude. Parmi les observations avec autopsie, quelques-unes seulement parlent de l'état du sang, et encore de l'état du sang vu à l'œil nu.

J'admets (ce qui est faux) que le sang, dans tous les cas de fièvre purulente, contienne du pus, et que ce pus soit introduit dans le torrent circulatoire, nous tomberons dans un nouvel embarras. Il faudra que le pus ait deux propriétés contradictoires, une vertu liquéfiante et une vertu coagulante; car dans la fièvre purulente le sang a été souvent trouvé liquide, dissous, et le pus se trouve habituellement dans des caillots sanguins du cœur.

Quant aux suppurations métastatiques, elles ne sont pas mieux expliquées que les altérations du sang. J'admets tous les préliminaires de l'explication. Le pus, dirons-nous, s'arrête dans les vaisseaux capillaires et se comporte comme une épine irritante dans les points où il est fixé. Comment se fait-il alors que cette épine détermine tantôt de petites inflammations circonscrites, du volume d'une tête d'épingle, tantôt de vastes suppurations dans les membres, dans les viscères? Pourquoi cette épine engendre-t-elle une phlegmasie si promptement suppurative? Est-ce là ce qui est arrivé à ces malades qui avaient avalé de grandes quantités d'aiguilles ou d'épingles? Pourtant, ces aiguilles et ces épingles ont dû, en traversant le corps, intéresser un bien grand nombre de vaisseaux capillaires. Pourquoi, enfin, cette phlegmasie, si prompte et si terrible dans sa marche, est-elle si bénigne dans ses symptômes que souvent on ne peut la diagnostiquer qu'à l'autopsie? Est-ce là l'effet ordinaire des épines? Si l'épine est une métaphore, pourquoi employer des métaphores inexactes? Qu'on se demande, d'ailleurs, si dans la doctrine de la phlébite on peut remplacer cette métaphore, et l'on verra que c'est impossible (1).»

(1) Teissier, *Diathèse purulente*. (*L'Expérience*, 1838, n° 43, p. 11, t. II.)

Dans la suite de son travail M. Tessier, en démontrant que tous les symptômes de la fièvre purulente ont existé, sans le moindre doute, alors que les veines étaient saines, que le sang n'était pas altéré, ainsi que l'autopsie le démontra plus tard, en même temps qu'elle permit de constater l'existence de foyers purulents, d'épanchements de même nature en divers points, trouve de nouvelles raisons pour rejeter la doctrine de la phlébite. Il cherche, lui aussi, à la remplacer par une autre idée : c'est à l'existence d'une diathèse qu'il s'adresse ; suivant lui, tout se rattacherait à la diathèse purulente, et rien ne nous paraît mieux fondé que cette idée, qui consiste à reconnaître dans l'organisme une modification générale caractérisée par la tendance à la production du pus dans les solides et dans les liquides coagulables de l'économie.

Qu'on admette ou qu'on rejette l'existence des trois formes sous lesquelles se manifeste la diathèse purulente, c'est-à-dire la fièvre purulente, la phlegmasie purulente, et l'état purulent, il n'en est pas moins vrai que l'élément principal ne saurait être nié. Il existe une diathèse *purulente* comme une diathèse *plastique*, comme une diathèse *gangréneuse*. Et s'il était permis d'établir ces rapprochements, nous dirions que l'économie influencée par certaines causes générales ou locales, réagit de diverses manières, comme les tissus organiques qui s'enflamment et passent tantôt à l'état de suppuration, tantôt à celui de gangrène, ou bien restent dans les limites de l'adhésion. Il résulte de cette réaction : ou la fièvre inflammatoire simple qui peut donner naissance dans un ou plusieurs organes, à des inflammations circonscrites, ou n'être pas accompagnée de lésions locales, ou bien une fièvre suppurative qui agit dans la formation du pus, comme la première agissait sur la formation des dépôts, des conges-

tions, des stases sanguines. Les mêmes applications pourraient être faites à ce qu'il y aurait lieu d'appeler fièvre gangréneuse, fièvre adynamique, putride, etc.

Mais ne perdons pas de vue le fait pratique et culminant de la question ; ce fait, le voici : c'est que nulle des circonstances locales dans lesquelles se manifeste la diathèse purulente ne saurait contenir la raison du développement de cette maladie. On est donc forcé d'aller plus loin. Or, si l'on fait attention aux circonstances générales dans lesquelles se trouvent les opérés, on sera frappé de la différence qui existe entre le nombre et la gravité des accidents qui suivent les opérations dans les hôpitaux ou dans la pratique civile. La diathèse purulente n'est-elle pas, ainsi que l'établit M. Teissier, ainsi qu'on l'admet généralement, beaucoup moins fréquente dans la pratique civile que dans les hôpitaux, toutes choses égales d'ailleurs ? « Le moyen de faire disparaître en partie, sinon en totalité, le terrible fléau qui désole les salles de chirurgie, est donc l'isolement des malades affectés de blessures graves, comme le seul moyen d'empêcher les ravages de la fièvre puerpérale est l'isolement des nouvelles accouchées. Sans doute, les chirurgiens se joindront à nous pour faire sentir la nécessité de cette amélioration hygiénique.

» Ne trouverait-on pas encore dans cette mesure le moyen de garantir les blessés de ces émotions morales, de ces écarts de régime qui leur sont si funestes, tandis que dans les salles de chirurgie, ils sont témoins de la mort de ceux qu'ils ont vu opérer quelques jours avant eux. Ce n'est pas tout : exposés pendant le jour au tumulte des salles, il faut encore qu'ils soient troublés la nuit par la toux, les cris ou les demandes de leurs voisins.

« Enfin, ne serait-ce pas un moyen de diminuer l'effroi de ces malheureux qui viennent de la province à Paris subir une opération chirurgicale? Presque tous ont une répugnance extrême à séjourner dans les salles. Leur état moral, joint aux mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles ils se trouvent placés, est sans doute ce qui rend leur mortalité si nombreuse. Telles sont les conclusions pratiques que j'ai cru pouvoir actuellement tirer des faits observés (1). »

En rappelant ces conclusions, en disant que les idées auxquelles elles se rattachent nous semblent neuves et dignes de fixer l'attention, nous nous garderons bien de penser que la question soit complètement résolue; non, il s'en faut. Elle est préparée, un nouvel élément vient d'y être apporté, et un élément capital, j'ose le dire; c'est à l'observation ultérieure, mais à une observation large, réfléchie, analytique et sans préjugés, qu'il appartient de rassembler tous ces matériaux et d'en faire jaillir la lumière.

III. — S'il était possible de créer aux blessés et aux opérés des conditions locales ou générales telles que l'inflammation fût aussi minime que possible, que la fièvre traumatique fût considérablement atténuée, qu'il n'y eût d'autres réactions que celle nécessaire à la réunion, certes, un problème important serait résolu, et il n'y aurait guère lieu de craindre la plupart des accidents que nous venons de rappeler.

On a dû, à diverses époques, travailler dans ce sens, et, tout récemment, nous avons à signaler des recherches et des expériences d'un grand intérêt.

(1) Mémoire cité. (*L'Expérience*, n° 62, 10 septembre 1838, p. 320.)

Partant de cette idée que la cicatrisation des plaies se fait beaucoup plus rapidement dans les pays chauds que dans les climats froids, et de ces données expérimentales, à savoir, que, chez les animaux, les plaies se cicatrisent avec une remarquable rapidité sous l'influence de la chaleur artificielle, MM. Guyot et Breschet eurent l'idée de placer momentanément l'homme dans des circonstances semblables, à la suite de lésions traumatiques diverses, et plus spécialement après les amputations.

Pour créer ces circonstances analogues, M. Guyot eut recours à l'air chaud, maintenu à une température constamment la même, et se rapprochant de la chaleur animale.

« Dans un mémoire publié en 1835 par M. Guyot, on trouve la description complète de son appareil : de fort légères modifications y ont été faites depuis. Il consiste en une boîte parallélipipédique, en bois, de dix pouces carrés et de douze pouces de long. Cette boîte est fermée à ses deux extrémités par une toile clouée à son pourtour, et présentant à son centre un trou qu'on peut grandir ou resserrer à volonté au moyen de fronces et d'un cordon traversant une coulisse qui le borde tout autour. La paroi supérieure de la boîte est vitrée et s'ouvre comme un couvercle, pour permettre de voir ce qui se passe et pour faciliter les pansements.

L'intérieur de la boîte est divisé en deux compartiments, l'un supérieur, l'autre inférieur; le supérieur est le plus vaste : il sert à recevoir le membre qui traverse l'appareil en passant par les trous qui existent aux toiles qui ferment les deux extrémités, de telle sorte que la plaie se trouve au milieu de la boîte. L'inférieur est très-peu étendu : d'une part, il communique avec la boîte supérieure par deux ou-

-vertures longitudinales placées sur sa face supérieure ; et, d'autre part, avec un tuyau d'un pouce de diamètre environ, qui, s'ouvrant sur la partie latérale, marche horizontalement en dehors dans l'étendue d'un pied, puis se courbe à angle droit pour venir s'adapter au verre d'une lampe ordinaire placée à terre, à côté du lit. Au-dessus de la dernière portion du tube est placée une coulisse qui tient ouverte ou fermée à volonté une ouverture destinée à laisser échapper ce qu'il pourrait y avoir en trop de chaleur. Enfin, l'appareil est complété par un trou percé sur la partie latérale et supérieure du grand compartiment, qui permet d'introduire un thermomètre dans la boîte. »

« Si l'on a affaire à un moignon ou à une extrémité malade, on condamnera complètement la toile opposée à celle par laquelle sera introduite la partie qu'on aura à traiter (1) ».

Le pansement doit être fort simple dans le cas où cet appareil est employé : il suffit, après avoir lié les artères, et abstergé convenablement la plaie, d'en rapprocher les bords à l'aide de trois à quatre bandelettes de diachylum. Le moignon se trouve placé, ainsi qu'il a été dit, dans l'appareil, et la température doit être portée de 35 à 36 degrés au dessus de zéro. Le thermomètre doit être fréquemment consulté, afin que la température reste constamment la même. On doit craindre davantage de voir ces limites dépassées en plus qu'en moins.

---

(1) De l'application de l'air chaud comme moyen thérapeutique dans le traitement des grandes plaies, d'après le procédé de M. Jules Guyot, par M. Laborie. (*Bulletin de thérapeutique*, septembre 1838, p. 156.)

L'appareil de M. Guyot a été mis en usage dans la plupart des services chirurgicaux des hôpitaux de Paris : M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'a plusieurs fois employé. Or, sur quinze faits dont les détails sont connus et ont été recueillis chez M. Breschet, chez MM. Lisfranc, Cloquet et Bérard, on trouve huit cas de guérison et sept cas de mort, c'est-à-dire que l'application de l'appareil aurait été avantageuse dans un peu plus de la moitié des cas. La statistique donnée par M. Laborie ne porte que sur onze cas : mais le même journal (janvier 1839, p. 61) donne les résultats de l'application de cette méthode dans quatre autres cas.

Je ne sais trop, maintenant, s'il faut conclure avec M. Laborie (*Bulletin de thérapeutique*, p. 165, septembre 1838) : « Cette statistique ne s'appliquant encore qu'à un petit nombre de faits parle certainement en faveur du nouveau procédé de M. Guyot. » Mais je sais fort bien qu'il n'y a pas lieu d'ajouter : « C'est, eu égard à ce qui arrive ordinairement, un véritable succès. »

Il me paraît, au contraire, fort difficile de trouver une démonstration numérique plus malheureuse que celle dont il vient d'être question ; nous n'aurions, pour le prouver, qu'à renvoyer à la pratique de tous les hôpitaux. Toutefois, il ne faut pas se presser de juger en dernier ressort, il faut attendre encore ; et déjà, des faits connus on peut conclure : que dans les amputations pratiquées chez des individus exténués, affaiblis, et pour des lésions chroniques, cette méthode semble plutôt avantageuse que nuisible ; M. Blandin insiste particulièrement sur cette idée dans ses cliniques. Au contraire, à la suite des lésions traumatiques, des contusions violentes, chez les individus fortement constitués,

l'appareil calorifère semblerait plutôt nuisible qu'utile en favorisant la gangrène d'un moignon frappé de stupeur.

Peut-être y aurait-il lieu de rapprocher l'état des parties, dans ces circonstances, de ce qu'il est à la suite des congélations complètes ou imminentes; la chaleur alors, sous toutes les formes, amène presque nécessairement la gangrène; le froid, au contraire, à la condition d'élever graduellement, mais lentement, la température, réussit fort souvent.

Et puis, la question des hémorrhagies se présente ici à résoudre. La présence de l'appareil semblerait à priori les favoriser, cela est de toute évidence.

Ainsi donc, en résumé, l'appareil calorifère réussit dans des cas le plus souvent heureux dans les circonstances ordinaires; il échoue dans ceux, qui, le plus ordinairement aussi, se terminent malheureusement; il ne changerait donc qu'en apparence les conditions des opérés ou des blessés; il serait donc sans action?

Mais il y aurait à rechercher si la complication inhérente à ce moyen, si le mécanisme en lui-même ne présenterait pas d'autres inconvénients et même des dangers; il faudrait si peu de chose pour accroître sensiblement la température, un oubli, une négligence... Ce moyen donc, si ingénieux qu'il soit, si remarquable dans son action et son heureuse influence, pourrait bien ne pas rester dans la pratique, et ne figurer que comme un point dans l'histoire de l'art. Nous espérons, cependant, qu'il n'en sera pas ainsi : c'est au temps à juger définitivement la question.

IV.—Il est assez intéressant de rapprocher du moyen dont il vient d'être question, une autre médication fort diffé-

rent dans son action physiologique : je veux parler des irrigations d'eau froide.

« L'emploi de l'eau froide dans le traitement des maladies chirurgicales remonte à la plus haute antiquité. Hippocrate, Galien, Celse, Guy de Chauliac, en parlent souvent dans leurs écrits de la manière la plus avantageuse. Blondius et Palatius, médecins italiens, en vantent les heureux effets ; Lombard, en 1786, a rapporté plusieurs observations de blessures fort graves dans lesquelles l'application de l'eau froide a procuré de brillants succès. »

Depuis lors, un grand nombre de faits en sont venus démontrer l'efficacité. De nos jours, MM. Sanson, Velpeau, Jobert, ont insisté également sur l'efficacité de l'eau froide; et il est permis d'adresser à M. Boyer le reproche de n'avoir pas dit un mot de ce moyen thérapeutique dans son Traité des maladies chirurgicales.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Bérard jeune (*Archives générales de médecine*, t. VII, 2e série), la méthode mise en usage par nos devanciers présente de graves inconvénients: on arrosait, à des intervalles plus ou moins rapprochés, mais souvent fort éloignés, la partie malade avec de l'eau froide; chaque irrigation était nécessairement suivie d'une réaction qui appelait vers le membre blessé un afflux de liquide, et constituait souvent une cause directe d'inflammation et d'engorgement, bien loin de les prévenir. C'est pour faire disparaître ces inconvénients que MM. Josse, d'Amiens, et Bérard jeune ont employé l'eau en irrigations continues. Et ce traitement, appliqué par eux aux luxations, aux contusions simples, aux plaies contuses, aux fractures avec écrasement de la main ou du pied, a donné les plus heureux résultats ; il a été étendu par d'autres chirurgiens,

et notamment par M. Lisfranc, à certains cas d'arthrites chroniques (tumeurs blanches). C'est dans ces affections, et dans les cas analogues aux précédents, que M. Bonnet, de Lyon, en a retiré de grands avantages. Bientôt, M. Breschet employa les irrigations continues dans les cas de fractures compliquées de la jambe. MM. Rognetta et Fleury fils ont publié en 1834 les heureux résultats obtenus par ce chirurgien. Et cette année, M. Nivet, résumant dans un excellent travail sur ce sujet les faits rapportés avant lui, donne une série d'observations qui justifient l'avantage de ce moyen dans les fractures compliquées, en permettant d'apprécier assez exactement l'action physiologique et thérapeutique des irrigations d'eau froide. C'est désormais un chose jugée et sanctionnée par l'expérience que l'heureuse action de ce moyen si simple, si facile à employer, si dépourvu de dangers. On peut le généraliser et l'appliquer à tous les cas dans lesquels une lésion traumatique superficielle, quelle qu'elle soit, siégeant aux membres, à l'abdomen, à la tête, donnera lieu de craindre les chances d'une inflammation, et surtout de la tendance de cette inflammation à devenir suppurative.

V. — Le traitement général des plaies ne semble pas avoir éprouvé dans le cours de cette année de grandes modifications. On doit signaler une tendance manifeste à favoriser la réunion immédiate; mais aucun système exclusif ne s'est élevé sur ce point important de doctrine et de pratique. La suture semblerait reprendre faveur; quelques perfectionnements aux aiguilles destinées à la suture entortillée nous paraissent devoir rester; nous entendons surtout parler ici des modifications récentes de M. Amussat. Ce chi-

rurgien vient tout récemment de s'arrêter à l'emploi des aiguilles à acupuncture en platine (1).

« Celles qu'il a fait fabriquer chez M. Charrière ont de 14 à 16 lignes de longueur, une demi-ligne à deux tiers de ligne de diamètre, très-aiguës à leur pointe, terminées à l'autre extrémité par un petit anneau, sur lequel on prend un point d'appui pour les introduire. Cet anneau qui remplace une tête, placé horizontalement sur la peau, ne peut la comprimer comme ferait un renflement sphérique, et fournit, au moment de l'extraction de l'épingle, une certaine prise qui la rend plus facile. Son introduction est fort peu douloureuse.

» Elles ont, en outre, l'avantage de ne pas s'oxider, et par cela même, peuvent être extraites avec une grande facilité, presque sans effort ; M. Amussat s'en est assuré comparativement en mettant chez une malade, à laquelle il enleva, le mois passé, en octobre 1838, un lipôme du dos, des aiguilles en platine à côté d'une aiguille en acier étamé ; les premières furent extraites sans le moindre effort ; il fallut beaucoup plus de force pour amener la dernière, qui était notablement rouillée. Les cicatrices que cette dernière laissa à son entrée et à sa sortie sont de beaucoup plus visibles que celles résultant du passage et du séjour des aiguilles de platine ; il faut souvent les chercher avec attention pour les voir, ce qui n'est pas d'une faible importance dans certaines régions habituellement à découvert et surtout chez les femmes. »

---

(1) Quelques mots sur l'emploi des sutures et sur l'application des aiguilles à acupuncture à la suture entortillée. (*Bulletin de thérapeutique*, janvier 1838.)

Nous aurions à parler également d'une heureuse modification apportée à la suture simple par M. Mayor, modification qui la rapproche du point des matelassiers ; à l'aide d'un seul point piqué, muni de deux gros nœuds, on peut tirer à volonté, et sans crainte, les deux angles de la division labiale dans l'opération du bec-de-lièvre. Les autres avantages de ce point de suture ne sauraient être révoqués en doute, non plus que la possibilité de son application aux lésions de la lèvre inférieure, à celles assez analogues du périnée, et, en général, à toutes les affections où il importe d'exercer une traction sûre et forte, dans le but d'opérer le rapprochement de lambeaux de peau, lors d'une vaste déperdition de substance de ce tégument commun (1).

A. B.

(La fin au prochain cahier.)

MÉLANGES CLINIQUES;

PAR

M. LE Dr PAYAN,
Chirurgien à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).

§ Ier. *Restauration des lèvres ou chéiloplastique.*

Observations de restauration des lèvres (chéiloplastique); réflexions pratiques sur ce genre d'opérations. — Beaucoup

(1) Mayor (de Lausanne), *Nouveau point de suture pour l'opération du bec-de-lièvre.* (*Gazette médicale*, numéro du 24 novembre 1838, page 740.)

de travaux ont été faits dans ces derniers temps sur l'autoplastique chirurgicale, ou sur l'art de restaurer les parties mutilées ou perdues d'une manière quelconque; et c'est de l'autoplastique relative à la face qu'on s'est principalement occupé. Les chirurgiens, qui ont eu l'occasion de rencontrer dans leur pratique des pertes de substance réparables, n'ont pas manqué de profiter de ces circonstances pour recourir aux ressources que leur offrait l'autoplastique; et plusieurs de leurs belles opérations, qui constatent l'heureuse hardiesse de l'art chirurgical et sa haute puissance, sont déjà connues du public par le moyen de la presse médicale. Ayant été moi-même assez favorisé déjà par les circonstances pour avoir eu à pratiquer plusieurs fois la chéioloplastique ou la restauration des lèvres, afin de réparer ces organes si essentiels aux fonctions de la bouche, et ayant employé à cet effet un procédé peu répandu encore, quoique infiniment plus avantageux que les méthodes auxquelles on avait eu recours dans ces derniers temps, j'ai cru devoir faire connaître au public les résultats avantageux que j'ai obtenus, ainsi que les réflexions pratiques que ces opérations m'ont suggérées.

1re Observation. — *Lésion grave de la face avec perte de substance; ablation de la lèvre inférieure; chéiloplastique; guérison.* — Un paysan des environs d'Aix, le nommé Matheron, s'amusait avec d'autres villageois, dans une fête patronale, à tirer des boîtes (petits mortiers fort usités en Provence). Une de ces boîtes ne partant pas assez tôt à son gré, Matheron veut s'en approcher, lorsque tout-à-coup l'explosion s'opère sur la figure de notre imprudent et la blesse gravement. Après qu'on lui eut donné les premiers soins que pouvait comporter son état, on se décida à transporter le blessé à l'hôpital d'Aix; et ce fut trente heures après l'acci-

dent que nous l'y vîmes arriver, dans la journée du 30 octobre 1836, et voici dans quel état : La figure du malade est noircie par la poudre et couverte de sang coagulé; les yeux brillants et rouges, mais sans altération notable de la vue. La mâchoire inférieure, ayant subi le premier et le principal choc, est horriblement mutilée dans ses deux tiers antérieurs. Ainsi, les parties molles du menton sont toutes meurtries, et la lèvre inférieure manque en totalité, l'explosion l'ayant emportée. Plusieurs fractures se reconnaissent au maxillaire inférieur : c'est ainsi que la portion osseuse qui supporte les dents incisives et canines inférieures a été détachée, et une solution de continuité verticale existe encore à l'os sur sa symphyse : nous croyons aussi remarquer une fracture du col du condyle maxillaire droit. Ajoutons encore qu'une partie de la face externe du corps de l'os maxillaire inférieur est à nu, dépouillée même de son périoste. Les dents antérieures de la mâchoire supérieure ont été cassées vers leur collet, et la lèvre supérieure a été aussi un peu échancrée près de la commissure droite. Quoique le malade ait perdu assez de sang, à ce qu'on nous dit, nous le trouvons encore assez fort pour espérer, malgré la gravité de sa blessure, que les bords de cette vaste solution de continuité se cicatriseront, et que les fractures se consolideront. Aussi avons-nous soin de rassurer son moral fortement affecté en lui promettant sa guérison prochaine. Nous faisons faire des fomentations émollientes sur la figure.

Quelques jours après, la détente inflammatoire s'opérant et les solutions de continuité donnant de la suppuration, au lieu des fomentations, nous les recouvrons d'une compresse fenêtrée et de gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton.

Le malade fut pansé à peu près ainsi jusqu'à parfaite cicatrisation des plaies et consolidation des points fracturés, c'est-à dire jusque vers la fin de décembre. Pendant tout ce temps, il avait été nourri avec des aliments liquides qu'on ingérait profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon à long bec.

Malgré ce premier résultat obtenu, il n'en restait pas moins à la figure de cet homme une désagréable et pernicieuse difformité, à cause de la perte de la lèvre inférieure et de la portion osseuse qui supportait les dents incisives et canines inférieures. De là, en effet, résultait une déperdition continuelle de salive et un reflux hors de la bouche d'une partie des aliments liquides qui constituaient son unique nourriture. D'un autre côté, le point qui correspondait aux commissures, ou si vous voulez les extrémités du bord inférieur de la lèvre supérieure s'étant abaissés par suite du travail de cicatrisation et mis au niveau du sillon mento-labial, il résultait de cette disposition une concavité prononcée dans la direction du bord libre de la lèvre, laquelle était ainsi tiraillée et presque immobile, ce qui donnait à l'ouverture buccale un aspect tout bizarre. On conçoit par-là aussi combien l'articulation des sons devait être incomplète, défectueuse, et combien les cicatrices formées devaient gêner la mastication en empêchant les mâchoires de jouer librement. Aussi le malade en était-il toujours réduit à l'usage de son biberon et des aliments liquides; et de nombreux potages féculents ne parvenaient pas toujours à satisfaire son appétit.

C'est alors que, après avoir fait comprendre au malade combien il lui importait de ne pas rester dans cet état, je lui proposai l'opération de la restauration de sa lèvre, par

laquelle disparaîtraient les inconvénients fâcheux qui étaient la conséquence de sa grave blessure. Décidé d'abord à s'y soumettre, il se laissa intimider ensuite par des conseils étrangers, et voulut auparavant recourir à d'autres avis. Il nous quitta donc le 19 janvier 1837.

Mais il ne tarda pas à être ennuyé de sa pénible et insupportable position, et à recourir encore à mes conseils. Cette fois, l'opération fut tout-à-fait décidée.

C'est le 22 février que je me transportai auprès du malade pour l'opération, assisté de mes élèves, et de M. le docteur Clerc, aux soins duquel mon malade devait être confié pendant mon absence. Voici, au reste, la manière dont je procédai : je fis coucher le malade sur un lit étroit; la tête et les épaules étaient moyennement relevées, et un drap plié en quatre, suivant sa largeur, fut placé devant la poitrine pour retenir les mains et les bras. Mes aides étant alors convenablement placés, soit pour comprimer les artères faciales au-devant de la base des muscles masséters, soit pour me faire tenir les instruments nécessaires, etc., je commençai par faire avec le bistouri droit, sur chaque joue, deux incisions parallèles, à direction horizontale, lesquelles, contenant entre elles un espace de la largeur de la lèvre inférieure et intéressant toute l'épaisseur des joues, s'étendaient, l'inférieure depuis le bas de la solution de continuité, et la supérieure depuis la partie inférieure de la lèvre supérieure, jusque vers le bord antérieur des muscles masséters. L'inférieure était donc dans la direction du sillon mento-labial. Deux lambeaux furent par là formés. Une nouvelle incision sur chacun d'eux forma sur leur partie interne et antérieure un troisième bord régulier. Ces incisions ayant ouvert de chaque côté l'artère faciale et quelques-unes de

ses branches, la ligature en fut pratiquée. Enfin, en dernier lieu, j'eus à aviver le bord sus mentonnier avec lequel une partie des bords inférieurs des lambeaux devait être maintenue en rapport et se réunir. Cela étant exécuté, je voulus rapprocher les deux lambeaux l'un de l'autre au-dessus du milieu du menton. Mais comme cela ne pouvait encore avoir lieu, et que ce qui s'y opposait le plus était la muqueuse de leur face interne moins extensible que les autres parties, je fis à cette muqueuse deux incisions verticales qui ne dépassaient point son épaisseur. Cet expédient augmentant l'extensibilité de mes deux lambeaux, je pus dès-lors opérer leur contact; je maintins leurs bords antérieurs affrontés à l'aide de la suture entortillée et de deux aiguilles. Les autres points des lambeaux furent fixés aux parties adjacentes par d'autres aiguilles. Toutefois, comme les dents incisives et canines inférieures manquaient, ainsi que la portion du maxillaire qui les supportait, pouvant craindre que le manque de ce point d'appui n'occasionnât le renversement en arrière de la lèvre nouvelle, j'en fis déjeter un peu en dehors le bord supérieur par la direction que je donnai aux épingles et au bord antérieur des lambeaux que j'avais taillés légèrement obliques en dedans et en haut. Parmi les aiguilles placées pour fixer les lambeaux, deux furent implantées vers les extrémités de la nouvelle ouverture buccale, afin d'en établir les commissures et de donner de la régularité à ces parties.

Comme le bord libre de cette nouvelle lèvre était saignant, j'attirai avec des pinces à dissection la muqueuse qui tapissait sa face interne, et il me fut facile d'en recouvrir ce bord et de l'y fixer par des points de suture à anse. Cette précaution, que je n'avais à cette époque vue indiquée nulle part,

me fut très-utile par la réunion qui s'opéra bientôt entre ces parties.

L'opération terminée et le malade porté dans son lit, je me contentai de faire placer sur la nouvelle lèvre un linge fin. — Boissons émollientes à l'aide d'un biberon à bec aplati.

Je retournai chez mon malade quarante-huit heures après l'opération. Le côté gauche du visage était presque cicatrisé partout et peu tuméfié. Le côté droit, au contraire, présentait un engorgement assez prononcé provoqué par l'imprudence qu'avait commise le malade de se coucher sur la joue droite : celle-ci était en même temps rouge et douloureuse au toucher. Les aiguilles enfoncées dans l'engorgement augmentaient, par la striction qu'elles exerçaient, l'inflammation existante. De la suppuration s'était déjà formée dans leur trajet.

Quoique à peine deux fois vingt-quatre heures se fussent écoulées depuis le moment de l'opération, je crus prudent d'enlever toutes les aiguilles, moins deux du côté gauche, pour que l'inflammation s'amendât et diminuât d'intensité. Fomentations émollientes, boissons délayantes, lavement émollient. Le 26 février, cinquième jour de l'opération, les symptômes inflammatoires ont notablement diminué; rien ne s'est disjoint, malgré la sortie hâtive des aiguilles; la réunion par première intention est déjà presque partout obtenue; état général satisfaisant. J'enlève les autres épingles, ainsi que les fils qui avaient maintenu la membrane muqueuse collée sur le bord libre.

Dès ce moment, la guérison fut assurée; la cicatrisation fit des progrès rapides; et, dès le 10 mars, dix-huitième jour de l'opération, il ne restait plus de points en suppuration; la guérison était complète. La nouvelle lèvre était régulière, son bord supérieur était facilement recouvert par l'inférieur

de la lèvre sous-nasale, et se trouvait, en outre, tapissé d'une membrane muqueuse, ce qui lui donnait un caractère de ressemblance de plus avec la lèvre perdue. Une trace linéaire, imperceptible en plusieurs endroits, indiquait les points de rapprochement des parties.

Ainsi se termina cette opération de chéiloplastique, la première d'après cette méthode qui se soit pratiquée en Provence, à laquelle un malheureux dut, non-seulement la réparation d'une dégoûtante difformité, mais encore le rétablissement de la mastication, de la parole, de la conservation de la salive.

Depuis cette époque, ce malade a repris ses anciens et pénibles travaux, et jouit d'une santé prospère.

Cette première observation et le résultat avantageux qui en a été la suite m'ont enhardi à oser, par la chéiloplastique, réparer des pertes de substance bien plus étendues, comme va le démontrer le fait suivant que je vais rapporter en détail.

2e Observation. *Lésion traumatique grave de la face; destruction de l'une et l'autre lèvres; restauration des deux lèvres.*

Le 25 mai 1838, on nous apporta, à l'Hôtel-Dieu d'Aix, un malade dont la figure ensanglantée et mutilée offrait le plus hideux des spectacles. C'était le nommé Payan, forgeron du Puy-Sainte-Répurade, qui, la veille, se disposant, de bon matin, à tirer des boîtes, eut l'imprudence de laisser tomber une étincelle de sa pipe sur l'amorce qui prit feu soudainement et occasionna une explosion dont la décharge s'effectua sur la figure du malheureux forgeron. Ce ne fut que quarante-huit heures après l'accident qu'il nous fut amené, et voici les détails de l'état dans lequel il se présenta à notre observation : la figure est complètement méconnaissable; les pau-

pières tuméfiées et excoriées à leur face externe, couvrant les globes oculaires, nous font d'abord craindre pour eux ; mais en les entr'ouvrant nous reconnaissons que la vue est intacte et qu'il existe seulement un peu de conjonctivite. La joue gauche est sillonnée toute dans son étendue par une vaste crevasse dont le fond communique avec la cavité de la bouche, et dont la partie supérieure laisse apercevoir à nu l'os de la pommette que l'on reconnaît fracturé. Les parties molles du menton sont toutes meurtries, et, quand on veut examiner en quel état se trouve le maxillaire inférieur, on s'aperçoit aisément, par le déplacement de certaines de ses parties et par les crépitations qui se font sentir quand on le touche, qu'il est fracturé en plusieurs points de son étendue. Ainsi une première fracture existe évidemment à la symphyse du menton, une deuxième fracture perpendiculaire à celle-là et parallèle à la direction de l'os isole de celui-ci la portion osseuse qui supporte les quatre incisives inférieures et une des canines, et cette portion se trouve encore elle-même partagée en deux à sa partie moyenne; une troisième fracture paraît exister dans la continuité du corps de l'os à droite. Des esquilles, qui se sont détachées plus tard, nous ont démontré qu'il y avait eu encore quelques désordres que nous n'avions pas appréciés alors. Ajoutez à cela que les dents supérieures avaient été pour la plupart emportées, rupturées, et que l'aile gauche du nez avait été aussi fortement endommagée. Mais ce qui était le plus remarquable parmi ces lésions diverses, c'était la destruction presque totale de l'une et l'autre lèvres dont il ne restait plus que quelques débris morcelés sur les côtés, ce qui mettait à découvert tout l'intérieur de la bouche.

Le malade qui n'était âgé que de 32 ans, d'une forte constitution, avait le moral assez rassuré. Le pouls quoique un peu

agité, un peu nerveux, n'indiquait presque pas de fièvre : la chaleur de la peau était presque naturelle; il n'y avait aucun symptôme de commotion du cerveau. Toutes ces considérations me firent porter un pronostic favorable relativement à la cicatrisation de toutes ces meurtrissures, sauf plus tard à réparer, à l'aide de l'autoplastique, ce qui devait nécessairement rester imparfait.

Je ne décrirai pas jour par jour les divers phénomènes que nous présenta cette plaie si compliquée. Je me contenterai de mentionner les principales indications que nous eûmes à remplir pendant la durée du traitement. Dans les premiers jours, des fomentations émollientes tièdes étaient faites sur la figure; des boissons mucilagineuses seules d'abord, puis du bouillon lui étaient donnés à l'aide d'un biberon.

Quelques jours après, quand les surfaces meurtries donnaient de la suppuration, nous les recouvrions de compresses fenêtrées sur lesquelles étaient placés des gâteaux de charpie maintenus par des compresses et une fronde du menton. — Si quelquefois l'inflammation de ces parties prenait un peu trop d'intensité, alors des cataplasmes émollients remplaçaient les gâteaux de charpie et atténuaient la phlogose. C'est par des soins ainsi ménagés que s'obtint peu à peu la cicatrisation des bords de cette vaste solution de continuité et que les fractures se consolidèrent. Tout marcha même d'une manière assez régulière. Quelques esquilles, dont une assez étendue, se détachèrent de la partie latérale gauche de la mâchoire inférieure. Des deux portions osseuses, supportant les dents incisives inférieures et une des canines, qui avaient été séparées du corps de l'os, une seule se souda avec la pièce primitive, tandis que l'autre, quoique vivant par les parties molles auxquelles elle adhérait, dut être enlevée à cause de

sa mobilité persistante et de la mauvaise direction qu'elle avait prise. Un abcès, qui s'était développé dans la joue gauche, se termina aussi convenablement. Enfin, dès le commencement du mois d'août, tous ces bords déchirés et irréguliers s'étaient desséchés et cicatrisés.

Mais quoique la nature, convenablement aidée par l'art, eût procuré la cicatrisation de toutes ces surfaces meurtries, elle n'avait pas pu opérer la réparation de ce qui avait été emporté par l'explosion. Ainsi la destruction presque complète des deux lèvres persistait; car il restait à peine un cinquième de la supérieure vers son extrémité gauche; le reste en avait été enlevé avec tant de précision, si je puis m'exprimer ainsi, qu'on l'eût dite vraiment disséquée sous la cloison des narines et la partie postérieure des ailes du nez qui étaient à nu. Quant à l'inférieure, il n'en existait qu'une petite partie au côté gauche; tout le reste à partir du sillon mento-labial manquait complètement.

Cet exposé permet de se représenter assez nettement ce qu'était cet homme après les seuls efforts de la nature, quel triste aspect devait offrir cette ouverture toujours béante et quels inconvénients graves devaient en résulter pour le malheureux blessé. C'est ainsi que les maxillaires, maintenus rapprochés par les tissus inodulaires des cicatrices multipliées, ne pouvaient s'écarter que fort peu l'un de l'autre; la parole par le manque des dents et des lèvres était très-altérée : quelques sons pouvant seulement être articulés; la salive découlait sans cesse sur le menton, et la nourriture était incomplète, puisque ce malheureux en était réduit à ne prendre que des aliments liquides, qui, quoique portés profondément dans la bouche à l'aide d'un biberon, refluaient encore en partie au-dehors, les obstacles pour les retenir n'existant plus.

Le malade ne pouvait donc pas être laissé dans cet état ; et nous tenions trop à cœur nous-mêmes de ne point le laisser sortir de l'hôpital sans lui avoir redonné des lèvres. Aussi, fort de la résolution du malade pour se soumettre à l'opération dont nous l'avions déjà entretenu, et certain de la possibilité de son exécution, nous y procédâmes avec plaisir le 9 août dernier. M. le docteur Arnaud nous assistait dans cette opération toute nouvelle pour notre hôpital.

Nous fîmes placer le malade sur une table longue, recouverte d'un matelas garni d'alèzes : la tête et les épaules étaient relevées par des oreillers. Quoiqu'on conseille généralement pour ce genre d'opérations de faire asseoir les malades sur des chaises, il me paraît préférable de les opérer quand ils sont couchés : le décubitus dorsal est moins fatiguant pour eux ; s'il survient quelque syncope, ce qui est assez ordinaire, on est moins embarrassé, et l'opérateur est de toute manière mieux à son aise. Quant à l'inconvénient du sang dans la bouche, outre qu'en opérant le malade assis on n'en est pas complètement à l'abri, il suffit de faire asseoir de temps en temps le malade et de le faire pencher en avant pour en obtenir l'expulsion. Mes aides étant ensuite convenablement disposés et un drap plié en quatre suivant sa largeur ayant été placé sur le devant de la poitrine pour maîtriser plus aisément les mouvements qu'aurait pu faire le malade, je me mis au côté droit du patient et me disposai à commencer les incisions nécessaires. Je ferai observer ici que, convaincu qu'on ne saurait apporter trop de précision dans la formation des lambeaux, j'avais eu la précaution auparavant de marquer avec un crayon de nitrate d'argent fondu la direction que je devais donner aux incisions, la trace laissée par le nitrate devant guider d'une manière sûre l'instrument tran-

chant. Je procédai d'abord par la confection de la lèvre supérieure. Ici la joue droite devait en fournir la plus grande partie, la gauche toute criblée de cicatrices n'offrant pas assez d'extensibilité pour permettre d'y recourir. En conséquence une première incision commençant vers la commissure droite se dirigea transversalement vers l'apophyse coronoïde du même côté : elle comprenait toute l'épaisseur de la joue. Une deuxième incision partant de dessous l'aile droite du nez, aux limites de la cicatrice, se dirigea parallèlement à la première jusqu'à la même distance, et par là se trouva formé un lambeau qui ayant toute l'épaisseur de la joue possédait la largeur de la lèvre que j'avais à faire. Ce lambeau par son côté antérieur fut avivé avec des ciseaux à bec-de-lièvre. Un autre lambeau fort court fut formé sur le côté correspondant de la joue gauche ; il comprenait la petite partie restante encore de la lèvre : le bord antérieur de celui-ci fut encore régularisé et avivé. Avant de les rapprocher et de les réunir, il fallut songer à aviver aussi les tissus cicatrisés de la partie postérieure et inférieure de la base du nez ; et c'est en y procédant que le bistouri taillant nécessairement un peu du fibro-cartilage de la cloison des narines et des ailes du nez, il devint évident que nous allions mettre ces tissus fibro-cartilagineux en contact avec le tissu musculeux des joues pour qu'ils adhérassent ensemble. Les choses étant ainsi disposées, je cherchai à rapprocher les deux lambeaux l'un de l'autre pour faire affronter leur bord antérieur. Mais je ne pus d'abord y parvenir : je songeai alors à augmenter l'extensibilité du lambeau principal, le lambeau droit, en incisant la muqueuse qui le tapissait près de l'apophyse coronoïde, et en le disséquant un peu en dehors du masséter que je laissai intact. Dès ce moment nos deux lambeaux purent être rapprochés et mis en

contact. Ils furent maintenus affrontés par trois points de suture entortillée. Leur bord supérieur fut tenu en rapport avec les joues et le bas du nez par trois aiguilles fixées aux points les plus convenables.

Restait l'autre lèvre à confectionner qui devait offrir plus de difficultés que la première, par la raison que le bord sus-mentonnier restant, inégalement découpé, présentait à gauche une échancrure que je voulais combler avec les lambeaux pour éviter une fistule immanquable sans cette précaution. C'est effectivement à cela que je prêtai mon attention pour la forme que je donnai au lambeau principal pris encore sur la joue droite, les cicatrices de la gauche ne permettant pas d'utiliser cette dernière. Son bord supérieur était déjà formé par l'incision que j'avais déjà faite, pour la première lèvre, dans le sens de la commissure. Pour préparer le second, je fis descendre verticalement de la commissure ou, pour parler plus exactement, du point qui correspondait à la commissure droite (les lèvres manquant, il restait non pas une commissure mais le point qui y avait correspondu), une incision verticale qui s'étendit vers la base de la mâchoire, et du bas de ce bord vertical partit une autre incision dirigée en dehors et un peu en haut, de manière à se rapprocher quelque peu du supérieur en arrière. Ce lambeau, qui en partie était libre par sa face interne, fut séparé de l'os dans sa portion adhérente à l'aide du bistouri. Restait à aviver le bord sus-mentonnier et le bord antérieur d'un très-petit lambeau pris à gauche. Comme le lambeau principal, le droit, ne pouvait aisément atteindre le gauche, et que ce qui s'y opposait le plus était la muqueuse interne, je fis à celle-ci une double incision qui n'intéressait que son épaisseur, et dès ce moment le rapprochement immédiat put s'exécuter.

Il fut rendu permanent par deux aiguilles et la suture entortillée. Comme, avec les précautions que j'avais prises en faisant les incisions, le lambeau droit était plus large en avant qu'en arrière, il put combler l'échancrure dont j'ai parlé. Il ne resta plus qu'à le fixer sur le bord sus-mentonnier à l'aide de quelques points de suture entortillée, et en haut avec la joue dont il avait été tiré, en laissant toutefois entre cette lèvre et la supérieure l'écartement convenable pour constituer l'ouverture buccale. Comme le pourtour de celle-ci était formé de bords saignants, j'attirai avec des pinces à dissection la muqueuse de leur face interne et les en recouvris à l'aide de plusieurs points de suture à anse, précaution qui m'avait si bien réussi dans la première opération.

Pendant l'opération, j'eus à lier quatre branches artérielles, au nombre desquelles l'artère faciale droite qu'un élève avait été chargé de comprimer à son passage sur la base du maxillaire.

Tel est le descriptif du manuel opératoire que je crus devoir suivre pour cette laborieuse opération.

Le malade, nettoyé du sang qui recouvrait sa figure, son cou, etc., se rendit lui-même à son lit. Une seule compresse imbibée d'eau froide fut placée sur sa figure ; on la renouvelait de temps en temps.

Silence, diète, boissons mucilagineuses introduites avec précaution entre les deux lèvres de nouvelle formation.

La première journée se passa bien : suintement capillaire sanguin dans la bouche, mais qui n'offre rien d'inquiétant.

Deuxième jour. — Rien de nouveau, fièvre modérée ; le malade est tranquille : il demande un peu de bouillon, qu'on lui donne ; tisane de riz acidulée.

Quatrième jour de l'opération, visite du matin : j'enlève trois épingles de la lèvre supérieure ; tuméfaction modérée des tissus.—Tisane, bouillons.

Cinquième jour. — Toutes les autres épingles sont enlevées. L'odeur que, dans cette saison chaude (mois d'août), le mélange du sang et du pus avait occasionnée, et quelques larves de mouche qui s'y étaient développées me forcèrent à enlever tous les fils et à nettoyer avec soin les lèvres. Je pus alors reconnaître que la réunion par première intention était presque complète. — Tisanes, bouillons et semouille plusieurs fois par jour.

Septième jour. — Malaise général, frisson intense, commencement d'érysipèle qui envahit successivement la face, le front, les oreilles, mais qui ne dépasse point le cuir chevelu. Cet épiphénomène, qui s'était déclaré à la suite d'une colère, nous avait inspiré des craintes sérieuses, qui, heureusement, ne se réalisèrent pas. Il suivit sa marche ordinaire et disparut sans accidents.

Quatorzième jour. — Les deux lèvres sont complètement cicatrisées ; à peine la commissure droite suppure encore un peu.

Seizième jour, 25 août. — Tout est desséché et cicatrisé. La guérison est telle que nous devions l'espérer.

Cette opération pourra paraître remarquable par les difficultés qu'il a fallu vaincre. C'est sur la joue droite, en effet, qu'il a fallu prendre les lambeaux formateurs de l'une et de l'autre lèvres, la gauche n'y ayant pu concourir que pour une petite partie. Des tentatives sur le cadavre m'avaient démontré la possibilité du résultat que nous avons obtenu. On aura aussi observé la rapidité de la guérison, malgré même l'apparition de l'érysipèle.

Le malade resta quelque temps encore à l'hôpital pour réparer ses forces, qu'une nourriture depuis long-temps incomplète avait considérablement diminuées. Pendant cet intervalle, l'art du dentiste dut intervenir pour faire disparaître quelques dents qui, par suite de fractures, ne se correspondaient pas et gênaient ainsi la mastication.

Il sortit de l'hôpital dans les premiers jours d'octobre pour aller reprendre son métier de forgeron.

J'ai revu depuis peu cet homme : l'ouverture buccale est régulière ; les commissures sont exactement sur la même ligne et à égale distance de la ligne médiane du corps. La lèvre supérieure est bien conformée et presque immobile. Quant à l'inférieure, elle présente vis-à-vis le point de rapprochement des deux lambeaux une légère échancrure produite par le retrait du tissu inodulaire qui s'y était développé. En ce point, la lèvre endurcie ne jouit point de la mobilité qu'elle présente ailleurs, ce qui l'empêche, là seulement, de s'appliquer exactement sur la supérieure. De là résulte la perte d'une petite quantité de salive et de la gêne pour boire avec un verre.

Le malade, au reste, a gagné par cette opération, avec la formation des deux nouvelles lèvres, la faculté de pouvoir articuler les mots à peu près aussi distinctement qu'avant son accident ; de pouvoir procéder encore à la mastication des aliments solides, de pouvoir retenir la salive dans la bouche, et de pouvoir enfin reprendre son ancienne profession.

Comme on a pu le voir par l'exposé des deux observations précédentes, les joues seules ont contribué à former les lèvres nouvelles : réparer, refaire celles-ci avec des lambeaux taillés sur les joues, a été l'idée dont je ne me suis pas dé-

parti dans l'une et l'autre opération. J'ai agi ainsi, parce que le raisonnement, au défaut de l'expérience, m'indiquait que c'était la meilleure manière de faire pour obtenir les plus beaux résultats. C'est, au reste, ce que démontrera un coup-d'œil comparatif sur les diverses méthodes successivement préconisées pour réparer les lèvres perdues.

Je ne mentionnerai que pour mémoire la méthode indienne, quoiqu'elle ait été employée de diverses manières par des célébrités chirurgicales de l'époque, telles que Dupuytren et Delpech, MM. Lallemand et Dieffenbach. On sait qu'elle consistait à figurer sur les téguments des parties voisines un lambeau de peau qui, renversé et tordu sur lui-même, était appliqué de manière à se recoller par les bords rafraîchis de la solution de continuité. La rareté des guérisons obtenues par elle et la défectuosité inévitable des plus beaux ou des moins mauvais résultats qu'elle a pu laisser obtenir, malgré l'habileté de ces praticiens célèbres, l'ont depuis long-temps plongée dans un oubli dont on ne la relèvera plus probablement. Comment, par elle, aurais-je pu faire une double restauration de lèvres?

Ce qu'on est convenu d'appeler méthode ancienne devenait aussi, dans les deux cas, complètement inapplicable. Ce n'est, en effet, que l'application de l'incision en V dans l'excision d'une tumeur cancéreuse ou le rafraîchissement des bords d'une solution de continuité et leur rapprochement rendu possible, par la dissection continuée assez loin pour qu'ils puissent se rejoindre; et, comme on doit le reconnaître aisément, elle ne peut se rapporter qu'à des solutions de continuité peu étendues, et nullement à la perte totale d'une lèvre, et, à plus forte raison, de toutes les deux.

Quant à la méthode qui a été plus généralement suivie dans ces derniers temps, et qu'on trouve décrite sous le nom de méthode française, méthode à laquelle se rattachent les noms de Chopart, de MM. Roux de St-Maximin, et Lisfranc, et qui consistait à réparer ces solutions de continuité étendues à l'aide des parties molles du menton et de la peau du cou, je n'ai pas songé à l'employer, parce que, pour ma première opération, je n'aurais pu avoir qu'une lèvre difforme et immobile comme le sont nécessairement celles qu'on produit par ce moyen, au lieu de la lèvre musculeuse et mobile que j'ai obtenue ; et que, pour la seconde, elle ne m'eût jamais donné les moyens de faire la lèvre supérieure, ne pouvant se rapporter qu'à la confection imparfaite de l'inférieure.

Bien plus avantageuse est la méthode à laquelle j'ai donné la préférence, et que je n'appellerai pas nouvelle, à l'imitation des chirurgiens modernes, puisqu'on la trouve décrite par Celse avec assez de détails et d'explications pour qu'on puisse à bon droit lui donner son nom. Si, en effet, on avait mieux médité le chapitre IX du VIIe livre que ce grand homme de l'antiquité a légué à la médecine, on n'aurait pas attendu ces dernières années pour emprunter aux joues des lambeaux convenables pour refaire les lèvres perdues. Car, après avoir indiqué la manière de traiter les pertes de substance étendues des lèvres, il décrit de la manière suivante le procédé pour réparer celles qui sont plus considérables. Je copie ses propres paroles :

« Ratio curationis ejusmodi est : id quod curtum est, in » quadratum redigere ; ab interioribus ejus angulis lineas » transversas incidere, quæ citeriorem partem ab ulteriore » ex toto diducant : deindè ea, quæ sic resolvimus, in unum

» adducere, etc. » Or, voici ce que signifient littéralement ces paroles :

« Voici la manière dont il faut s'y prendre : on com-
» mence par emporter et égaler le bord de l'endroit mutilé;
» après quoi de ses angles intérieurs on fait partir des inci-
» sions transversales pour pouvoir séparer totalement la
» partie qui doit être en arrière de celle qui doit être portée
» en avant. On prend ensuite le morceau qu'on a ainsi dé-
» taché et on l'amène sur la partie qu'on veut rajuster. »
Or, je le demande, n'est-ce pas la description succinte, il est vrai, mais réelle, de la méthode qu'on a ressuscitée dans ces derniers temps et à laquelle j'ai dû deux beaux succès? Honneur donc au génie de Celse d'avoir connu, d'avoir préconisé ce procédé, et honneur au génie de la chirurgie moderne de l'avoir fait revivre et de lui demander de belles guérisons, quand les occasions s'en présentent! Ce ne sont pas, en effet, des simulacres de lèvres que l'on forme en le suivant, mais des lèvres réelles, ayant, comme les naturelles, une membrane muqueuse qui les tapisse en-dedans, une couche musculeuse qui leur donne de la mobilité, et jusqu'à une muqueuse sur leur bord libre, qui peut ainsi acquérir la sensibilité spéciale qui leur était dévolue.

Ajoutons encore qu'indépendamment des résultats bien plus avantageux qu'on obtient ainsi, la nouvelle méthode offre des difficultés bien moins grandes que les autres. Les chirurgiens qui pratiquent pour la première fois des opérations de cette nature, craignent généralement que les lambeaux ne soient pas assez extensibles pour permettre la formation d'une ou deux lèvres. Eh bien! ces craintes sont chimériques : on ne peut pas éprouver de difficulté sérieuse quand on peut prendre sur chaque joue un lambeau conve-

nable, c'est-à-dire quand les joues sont saines. Et ma seconde observation démontrerait au besoin que, même avec une seule joue, on peut parvenir à trouver les lambeaux formateurs de deux lèvres. C'est, au reste, ce que m'avaient démontré des tentatives multipliées sur le cadavre avant de l'expérimenter sur le vivant.

Voici enfin, en terminant, quelques conseils pratiques que m'a suggérés mon expérience dans ce genre d'opérations.

1° Comme tout ici doit être fait avec régularité, pour éviter des difformités, nous conseillons, quelque habitude qu'on ait des opérations, de tracer à l'avance, avec un crayon de nitrate d'argent, des lignes qui indiquent la limite des lambeaux et qui dirigent les incisions à faire. Nous qui avons pour principe d'agir toujours avec prudence et de calculer autant que possible nos actes chirurgicaux, nous suivrions exactement ce précepte, sans le regarder comme indispensable.

2° Il faut avoir bien soin à l'avance de faire extraire tous les débris de dents qui offriraient des inégalités, et même les dents entières qui auraient des déviations vicieuses. On pourrait, sans cette précaution, voir la lèvre reportée être ou perforée ou enflammée, ce qui contrarierait et compromettrait peut-être même la guérison.

3° On n'oubliera pas de recouvrir le bord libre de la nouvelle lèvre avec la muqueuse de la face interne des lambeaux qu'il suffira presque toujours de tirer avec les pinces pour pouvoir l'en recouvrir et l'y fixer par la suture à anse. La guérison sera plus facilement obtenue, et la lèvre nouvelle se rapprochera plus des qualités de l'ancienne.

4° Si les lambeaux sont trop peu extensibles pour couvrir

la solution de continuité, qu'on divise par une incision verticale la muqueuse de leur face interne qui souvent forme le principal obstacle, sans toutefois dépasser son épaisseur. Si cela devait être insuffisant, on disséquerait en-dehors du masséter, dont les fibres doivent être respectées. On obtiendra toujours ainsi assez de longueur.

5° Une autre précaution qui me paraît importante, c'est de séparer des lambeaux les tissus durcis des cicatrices. Leur présence dans les lèvres nouvelles, en gênant leurs mouvements, risque de rendre incomplet et imparfait le résultat qu'on voulait obtenir.

6° On se rappellera enfin que l'ouverture nouvelle de la bouche ayant toujours quelque tendance à se rétrécir pendant la cicatrisation de ses bords, on fera bien de la laisser d'abord un peu plus grande qu'elle ne doit l'être plus tard, après la guérison.

§ II. *Du traitement de la gangrène sénile par l'opium.*

Il y a long-temps que Pott, dans ses œuvres chirurgicales, nous a appris qu'ayant administré l'opium dans un cas de gangrène sénile fort rebelle, pour calmer les douleurs très-vives que causait cette maladie, il fut étonné de voir celle-ci se modifier heureusement sous l'influence de cette médication, et tendre vers une guérison inespérée; et qu'ayant, par suite de cette tentative, expérimenté d'autres fois le même moyen contre la même maladie, il avait eu tellement à s'en louer, qu'il croyait devoir préconiser l'opium donné à dose progressive, comme le remède le plus efficace pour la combattre. Eh bien! ce que le hasard d'abord, et l'expérience ensuite, avaient démontré au praticien anglais, l'ob-

servation nous l'a fait remarquer comme vrai à nous-même. Plusieurs cas de gangrène spontanée se sont offerts à notre examen dans les divers hôpitaux que nous avons successivement parcourus en qualité de chirurgien interne, ce qui nous ayant mis à même de les voir traiter de façons différentes, nous a permis aussi d'établir un examen comparatif des diverses médications mises en usage ; et certes, aucune ne m'a paru donner d'aussi beaux résultats que l'emploi des opiacés.

Pour certains médecins, je pourrai même dire pour le plus grand nombre, la méthode tonique tant à l'intérieur qu'à l'extérieur constituait la partie principale et essentielle du traitement. Ils voyaient la gangrène se manifester, ils croyaient dès-lors à la nécessité de relever les forces, de donner du ton à l'économie et à la partie qui était le siége de la mortification ; et cependant, la gangrène n'en poursuivait pas moins sa marche ; elle l'accélérait même fréquemment sous l'influence d'un traitement si défectueux. Que les praticiens veuillent recueillir leurs souvenirs, et ils ne tarderont pas à se rappeler qu'ils ont peu obtenu d'avantages à l'aide de cette médication, qu'il ne leur est jamais arrivé peut-être par-là d'arrêter la marche funeste du mal. Aussi cette méthode ne nous inspire-t-elle aucune confiance.

Les évacuations sanguines tant générales que locales ont constitué aussi une médication qui a été préconisée dans ces derniers temps, et des médecins distingués de l'époque y ont rattaché leur nom. Je dirai à ce sujet que les saignées locales, préconisées surtout dans le temps par Delpech et M. Dubreuil, de Montpellier, guidés en cela moins par la pratique que par les idées qu'ils s'étaient faites de la nature de cette maladie, qu'ils croyaient produite par une inflam-

mation des capillaires sanguins, ont été reconnues insuffisantes et inefficaces par ceux-là même qui les avaient conseillées d'abord. Quant aux saignées générales, elles méritent plus de confiance. Des faits incontestables de guérison les recommandent à la considération des hommes de l'art. Mais cette méthode ne peut être jamais qu'exceptionnelle : elle doit être bornée aux cas où le sujet est encore assez robuste, et où existent des symptômes notables d'inflammation vasculaire ou de pléthore générale; tandis que le plus souvent au contraire, on voit cette maladie se déclarer dans un âge avancé ou chez des sujets à constitution appauvrie et usée, conditions qui contr'indiquent les émissions sanguines. Ajoutons encore que très-souvent ce moyen est impuissant, et que s'il ralentit la marche du mal, s'il l'arrête même quelquefois, le plus souvent il ne l'empêche pas d'arriver à une terminaison fatale.

Nous avons une toute autre confiance en l'emploi de l'opium donné à dose croissante, selon les conseils et l'expérience de Pott, parce que nous avons vu des succès obtenus par lui dans les cas même où la plupart des autres moyens avaient échoué. Non-seulement, en effet, les opiacés ont l'avantage de calmer les douleurs quelquefois excessives dans cette maladie, mais ils possèdent encore la propriété d'établir une modification favorable sur l'économie et sur la partie malade, et d'amener ainsi fréquemment la guérison en changeant la nature pernicieuse du mal. Ces assertions seront, au reste, mises en plus grande évidence par les deux observations dont je vais faire suivre ces quelques réflexions. On y verra, en effet, que les sujets dont il y est question, après avoir été inutilement traités de leurs affections gangréneuses par les moyens vulgairement employés,

n'ont dû leur guérison radicale, complète et rapide qu'à l'usage de l'opium à dose croissante.

1re OBSERVATION. — *Gangrène spontanée inutilement traitée par divers moyens, et guérie par l'opium à haute dose.* — Armand-Joseph, de Pélissane, cardeur de laine, d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgé de cinquante-quatre ans, se trouvait en route dans le courant de décembre 1835, depuis deux heures, lorsque, chemin faisant, il vint à éprouver un peu de picotement dans le gros orteil du pied droit. C'était une sensation analogue à celle que ferait ressentir un gros grain de sable qui, placé dans le soulier, l'eût blessé. Ce fut au point que cet homme posa à plusieurs reprises sa chaussure pour en expulser le corps étranger qu'il croyait être la cause de sa blessure. Telle fut la manière de débuter de cette maladie, qui devait plus tard se présenter avec des caractères si menaçants, et qui le força à venir réclamer des soins à notre hôpital le 19 janvier 1836.

A cette époque, le gros orteil était moyennement tuméfié et injecté. Le malade disait en souffrir beaucoup de temps en temps. En l'examinant avec attention, on reconnaissait qu'il était d'une couleur violacée et comme noirâtre à son extrémité. Dans cette partie, l'épiderme était tombé; à sa place, on apercevait le derme noirâtre qu'envahissait ou plutôt qu'avait envahi la gangrène.

Cette affection, contre laquelle on appliqua principalement des topiques émollients, ne fit pas des progrès rapides, puisque, après deux mois de séjour du malade dans l'hôpital, elle n'avait pas encore atteint le niveau de l'articulation des deux dernières phalanges.

Dans le courant de juin 1836, le praticien qui était à la tête du service chirurgical, et qui est grand partisan de la

cautérisation incandescente à laquelle il doit souvent de beaux succès, voulut traiter par ce moyen l'orteil de notre malade. Trois cautérisations successives à cinq jours de distance l'une de l'autre furent faites à l'aide du cautère actuel. Ces applications instantanées du feu modifièrent la solution de continuité occasionnée par la maladie: un travail de cicatrisation commença à s'opérer et fut bientôt suivi d'une cicatrice qui paraissait solide et durable. En un mot, Armand crut pouvoir sortir le 27 juin pour aller reprendre ses occupations habituelles.

Malheureusement pour lui, cette guérison ne fut pas de longue durée. Peu après la sortie de ce malade, des douleurs sourdes se réveillèrent dans l'orteil qui avait paru *guéri*; il se tuméfia. De l'orteil, le gonflement se répandit sur le restant du pied, qui devint aussi douloureux. La cicatrice de l'orteil se détruisit; à cette cicatrice succéda une plaie gangréneuse semblable à celle qui avait existé auparavant. C'était, en un mot, la maladie ancienne qui se reproduisait avec tous ses caractères. Ces accidents engagèrent Armand à rentrer à l'hôpital pour la seconde fois, le 19 novembre 1836.

A cette époque, le pied était considérablement tuméfié, rouge et fort douloureux au toucher. Les douleurs s'exaspéraient, surtout pendant la nuit, ce qui occasionnait de fréquentes insomnies nocturnes. Plus de la moitié du gros orteil avait déjà été détruite par la gangrène.

Des topiques émollients et le repos au lit firent disparaître, au bout de quelques jours, le gonflement et la rougeur, mais les douleurs nocturnes persistaient, et la gangrène continuait à se montrer lentement envahissante.

Comme déjà la cautérisation par le fer rouge n'avait eu

qu'un succès momentané, on pencha pour l'amputation de la portion restante du gros orteil. Ce fut le 25 novembre que nous la pratiquâmes. Nous pûmes remarquer, en la faisant, que les chairs des lambeaux n'avaient pas leur aspect naturel : elles étaient d'une couleur rouge-brun ; aucune artère ne donna du sang.

Réunion avec les bandelettes, pansement simple.

Dans la soirée du jour de l'opération, ainsi que le lendemain, des douleurs très-vives se déclarèrent vers le siége de l'opération. 40 heures après, je reconnus l'odeur *sui generis* de la gangrène.

Ayant immédiatement enlevé les pièces de l'appareil, je fus presque étonné de voir que non-seulement la gangrène avait envahi les lambeaux de la plaie, mais que même l'orteil voisin prenait déjà un aspect livide, préludes du mal qui allait le détruire. Il y avait en même temps gonflement de la partie antérieure du pied.

Cataplasme saupoudré de quinquina.

Le 27, le malade n'a pas dormi de toute la nuit, tant les douleurs ont été vives et continues ; même pansement.

29 novembre. Le malade a continué de souffrir, surtout durant la nuit, qui a été sans sommeil.

Déjà tout le second orteil est sphacélé, et la couleur livide du troisième indique qu'il est envahi à son tour. Gonflement persévérant du pied avec quelque tendance à la lividité, ce qui nous fait craindre pour lui une invasion prochaine du mal.

Comme tout ce qui avait été tenté jusqu'alors n'avait pas empêché la marche du mal ou l'avait hâtée peut-être, je crus, quoique je ne fusse pas spécialement chargé du malade, qu'il convenait de ne pas laisser accroître le mal et de

recourir immédiatement à la méthode curative préconisée par Pott, en laquelle seule j'avais encore espoir, je veux dire à l'usage de l'opium à dose progressive.

En conséquence, je prescrivis trois grains d'opium en trois pilules à prendre dans le jour.

Le lendemain, 30 novembre, calme, douleurs considérablement affaiblies, sommeil pendant une partie de la nuit, gonflement du pied paraissant déjà moins considérable.

5 décembre. Le malade était à sept grains d'opium dans les 24 heures. La gangrène était déjà bien limitée. Les douleurs et le gonflement du pied avaient tout-à-fait cessé. Une ligne de démarcation bien tranchée existait entre le vif et le mort. On reconnaissait enfin que l'orage était conjuré. L'opium fut encore continué pendant quelques jours à dose décroissante.

La plaie fut un peu longue à se cicatriser, par la raison que la chute des escharres avait laissé à nu les têtes des trois premiers métatarsiens, qui eurent à s'exfolier. La cicatrice ne fut complète qu'à la fin de février 1837. Le malade, attendant que la cicatrice fût solide et résistante, n'est sorti de l'hôpital que le 10 juillet suivant.

On reconnaissait par le toucher que les artères des membres inférieurs étaient ossifiées.

Nous avons revu le malade quatre mois après : la gangrène n'avait pas reparu.

Nous avons appris que, depuis ce temps, cet homme était mort d'une gangrène spontanée qui s'était développée au pied gauche, qui, jusqu'alors, en avait été préservé. Nous ignorons la nature des derniers traitements qu'on lui a fait subir. Le pied d'abord guéri n'en a plus été envahi.

2e Observation. — *Plaie gangréneuse rebelle ; opium ;*

guérison. — Le nommé Debiége, âgé de soixante-onze ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Aix le 29 juillet 1838. Il est atteint d'une plaie à la partie postérieure de la jambe droite en-dessous de la saillie du mollet, en-dehors du tendon d'Achille. Cette plaie, de l'étendue d'une pièce de deux francs, présente une escharrhe superficielle, et est entourée d'une auréole légèrement violacée; elle est, au reste, peu douloureuse, et s'est manifestée à la suite d'un coup reçu sur cette partie.

On panse avec des cataplasmes émollients.

6 août. Comme la partie gangrénée ne se détachait pas, ou que d'autres parties du tissu cellulaire gangréné remplaçaient ce qui pouvait se détacher, et que le pourtour de la plaie continuait d'être violacé, on panse celle-ci avec des plumasseaux enduits d'onguent styrax, soir et matin.

12 août. La plaie s'agrandit légèrement : elle conserve toujours un fond gangréneux avec des bords violacés.

Étonné de la persistance de cette gangrène, que, vu le grand âge du malade, je crois être autorisé à regarder comme de nature sénile (gangrène spontanée ou sénile), je porte sur cette surface un pinceau de charpie imbibé d'acide nitrique, afin d'en changer la manière d'être. La plaie est ensuite pansée avec le styrax.

Le lendemain, 13 du courant, son aspect paraît meilleur. l'escharrhe semble vouloir se séparer; une partie en est emportée avec les ciseaux.

15 août. Nous apercevons une reproduction de l'escharre celluleuse : nouvelle cautérisation.

17 août. Pas de changement dans l'aspect de la plaie. — Styrax.

18 août. Étonnés de la persistance de cette gangrène, nous

faisons laver la plaie avec l'eau chlorurée, et nous appliquons sur sa surface un plumasseau trempé dans ce liquide. Continuation jusqu'au 24.

A cette époque, le fond de la plaie est toujours gangréneux et son pourtour livide. La plaie a l'étendue d'une pièce de six francs. Elle a tendance à s'augmenter.

Les circonstances dans lesquelles elle s'était développée, sa persistance, malgré des traitements variés et le repos au lit soigneusement gardé, ne me permettaient plus de douter que cette maladie ne fût entretenue par une cause intérieure, et que nous n'eussions affaire à une gangrène sénile qui, au lieu de se développer dans le gros orteil, s'était déclarée à la jambe à la suite d'une cause mécanique. Je crus alors, en désespoir de cause, devoir l'arrêter par l'opium, dont jusqu'alors il n'avait pas été fait usage chez ce malade. En conséquence, je prescrivis pour le 24 août :

Extrait gommeux d'opium, trois grains dans les 24 heures.

25. Le malade a eu un sommeil tranquille, mais non forcé. J'augmente d'un grain la dose de l'extrait d'opium.

26. La plaie est plus vermeille, l'escharre paraît vouloir se détacher : le mal n'a plus de tendance à s'étendre; un mieux bien évident existe.

29. Le malade était déjà à sept grains d'opium, sans que des effets narcotiques se fussent manifestés. Continuation de l'amélioration ; aux escharres ont succédé des bourgeons cellulo-vasculaires de bonne qualité ; la plaie se rétrécit, son aspect est tout changé.

8 septembre. Cicatrisation complète.

La plaie, pansée comme avant l'usage de l'opium, n'a

évidemment du sa modification et sa guérison qu'à l'emploi de l'opium administré jusqu'à dose assez élevée.

Vers la fin, quand la modification convenable pour la guérison eut été obtenue, l'opium devenait fatiguant pour le malade. Il semblait que l'économie sentait qu'elle n'en avait plus besoin.

Cet homme quitta l'hôpital vers le milieu de septembre.

(La suite au prochain numéro.)

RECHERCHES ET EXPÉRIENCES

PAR MM. D'ARCET ET PETIT,

SUR LES QUALITÉS CHIMIQUES DU LAIT, DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA SANTÉ DES ENFANTS ET LE CHOIX DES NOURRICES.

Lettre à M. le président de la Société de médecine du département de la Seine. (Imprimée par décision de la Société.)

Monsieur le président,

Ayant commencé, il y a plusieurs années, d'après quelques indications qui m'avaient été fournies par l'un de nos plus savants chimistes, M. d'Arcet, une série d'observations sur l'influence que le lait exerce sur la santé des enfants, suivant qu'il est acide ou alcalin, l'intéressante discussion à laquelle a donné lieu, dans votre dernière séance, la communication que vous a faite M. le docteur Devergie sur les altérations que l'on observe depuis quelque temps, à l'aide du microscope, dans le lait offert à la consommation de Pa-

ris (1), m'a donné l'idée de vous faire part des résultats auxquels j'étais déjà parvenu lorsque d'autres occupations sont venues interrompre mes recherches.

Si vous pensez que cette note puisse être de quelque intérêt pour la Société de médecine, je vous prie de vouloir bien la lui communiquer.

Je ne doute pas que les observations microscopiques auxquelles on se livre d'une manière toute particulière depuis quelque temps, ne conduisent un jour à des résultats fort curieux et fort utiles; mais je crois que des recherches ayant pour but de faire connaître l'influence que les aliments peuvent exercer sur la santé, suivant leur nature chimique, ne seraient pas moins intéressantes; car déjà vous verrez que les observations que nous avions commencées, M. d'Arcet et moi, conduisent à des conséquences pratiques de la plus haute importance.

Vous savez que les chimistes trouvant le lait tantôt acide, tantôt alcalin, suivant celui soumis à leur examen, il en est résulté que l'on ne sait pas encore généralement si un lait de bonne nature doit avoir l'une ou l'autre de ces deux qualités.

M. d'Arcet, frappé de cette divergence d'opinions, s'était livré à l'examen du lait d'un grand nombre de vaches vivant dans des conditions différentes, et il était parvenu à reconnaître qu'en général, celles qui vivaient renfermées dans les étables, comme cela se pratique à Paris, donnaient presque toujours du lait acide ou très-peu alcalin, tandis que celles qui vivaient en plein air et dans de bons pâturages fournissaient ordinairement du lait ayant une alcalinité très-

(1) *Voir* le précédent cahier de la *Revue médicale*, p. 131.

prononcée. Dans un voyage qu'il fit en Flandre au mois de novembre 1825 avec M. Gay-Lussac, ces deux célèbres chimistes eurent la pensée d'examiner le lait des vaches de ce pays, et de vérifier ainsi les observations que M. d'Arcet avait commencées à Paris. Ils se rendirent à cet effet dans les belles fermes de Wevelghem, où ils savaient qu'il y avait un grand nombre de vaches vivant presque toujours en plein air et sur d'excellents pâturages. Chez toutes, le lait fut trouvé alcalin. Dans d'autres expériences faites dans le même pays au mois d'octobre 1826, sur du lait provenant de vaches nourries dans ce moment de navets et de feuilles de betteraves, et qui ne sortaient de l'étable que deux heures par jour pour prendre l'air, mais non pour pâturer, le papier bleu de tournesol rougissait promptement et d'une manière assez intense. Ayant constaté moi-même que le lait des vaches de Paris qui vivent constamment renfermées, était souvent acide, j'ai voulu, dans un voyage que j'ai fait en Normandie, il y a deux ans, m'assurer de quelle nature était celui des vaches qui vivent, sans presque jamais rentrer à l'étable, dans les pâturages si renommés de la vallée d'Ange. J'en ai fait traire un grand nombre, et toutes, sans exception, m'ont fourni du lait alcalin.

Ces observations, souvent répétées par M. d'Arcet, l'avaient porté à penser que, puisque les vaches qui vivaient dans les conditions les plus naturelles, c'est-à-dire en plein air et sur de bons pâturages, donnaient toujours du lait alcalin, c'était celui-là qu'on devait regarder comme étant de bonne nature, tandis que les autres devaient être considérés comme étant d'une qualité plus ou moins inférieure, suivant qu'ils rougissaient plus ou moins le papier de tournesol, et il pensa que quand on trouvait du lait acide, l'on

pouvait en améliorer la qualité en le rendant alcalin au moyen de l'addition d'un peu de bi-carbonate de soude, et que ce sel serait même un moyen de conserver le lait de bonne qualité, en retardant le moment de son passage à l'état acide. Ce moyen fut mis aussitôt en pratique dans sa maison, et de ce moment, on ne vit plus jamais le lait tourner lorsqu'on le faisait bouillir, ce qui arrivait très-souvent auparavant.

Il conseilla alors au propriétaire de la laiterie St-Anne d'employer le bi-carbonate de soude comme moyen de conserver son lait, de l'empêcher de passer à l'état acide, et, par conséquent, de tourner; et depuis 1829, le lait qui sort de cette laiterie, et qui passe pour le meilleur de Paris, contient environ un demi-gramme de ce sel par pinte. Cette quantité suffit pour le conserver très-bon pendant trois jours, même pendant l'été; on en ajoute un peu plus quand on veut le conserver plus long-temps, et cette addition faite au lait, loin d'avoir aucun inconvénient, paraît au contraire en favoriser la digestion. Enfin, il y a très-peu de laitières aujourd'hui à Paris qui n'ajoutent à leur lait, soit du bi-carbonate de soude, soit un peu de potasse; mais il vaut mieux employer le bi-carbonate de soude que la potasse, parce que cette dernière substance donne souvent un mauvais goût au lait.

Cette addition du bi-carbonate de soude au lait, loin d'avoir aucun inconvénient, en favorise au contraire la digestion. C'est là une remarque que M. le docteur Lucas avait faite depuis long-temps et que j'ai vérifiée à Vichy, où nous ajoutons souvent une petite quantité d'eau minérale au lait pour pouvoir le faire digérer à certains malades qui ne le supporteraient pas sans cela. Le bi-carbonate de soude est

encore un moyen dont on peut se servir avec un plein succès dans les ménages, lorsqu'en faisant bouillir du lait il vient à tourner ; il suffit alors d'y ajouter une certaine quantité de ce sel pour le ramener à son état naturel et pouvoir le prendre ensuite tout aussi bon que s'il n'avait pas tourné.

Mais il était surtout important d'étudier quelle pouvait être l'influence exercée par le lait sur la santé des enfants, suivant qu'on le leur donnait acide ou alcalin, en d'autres termes, si ce que l'on appelle une bonne ou une mauvaise nourrice ne tenait pas le plus souvent à ce que leur lait avait tantôt l'une et tantôt l'autre de ces deux qualités. Ces recherches faites d'abord par M. d'Arcet et continuées par moi, n'ont pas tardé à nous conduire à des résultats qui nous ont paru être de la plus haute importance. J'avais annoncé ce travail que d'autres occupations m'ont empêché de terminer, par la note suivante placée à la tête d'un mémoire que j'ai publié au commencement de 1837 (1) : « Depuis long-temps » je m'occupe d'un travail ayant pour but de démontrer que » l'acidité du lait que l'on observe chez certaines nourrices » est une cause très-puissante de maladie et de mortalité » chez les enfants ; qu'il est, par conséquent, de la plus haute » importance de donner toujours la préférence aux nourrices » dont le lait est alcalin ; mais que cependant il est possible, » facile même de communiquer au lait cette dernière qua- » lité, en mettant les nourrices qui l'auraient acide à l'usage » de quelque boisson alcaline. »

Au lieu de n'avoir égard, comme on le fait encore main-

(1) Nouvelles observations de guérisons de calculs urinaires, au moyen des eaux thermales de Vichy, suivies d'autres observations sur l'efficacité de ces mêmes eaux employées contre la goutte.

tenant, qu'à la couleur et à la consistance du lait des nourrices pour savoir si elles en fournissaient de bonne ou mauvaise qualité, nous nous sommes tout simplement bornés à essuyer leur lait au moyen du papier de tournesol, et nous n'avons pas tardé à reconnaître ce que nous avions soupçonné, c'est-à-dire que les unes donnaient du lait alcalin, c'était le plus grand nombre, et les autres du lait acide. Nous avons observé l'influence que ces divers laits exerçaient sur la santé des enfants, et nous avons remarqué que ceux dont les nourrices fournissaient du lait alcalin, ne le vomissaient jamais ou du moins que très-rarement, qu'ils le digéraient en général parfaitement, et que leur santé n'était presque jamais altérée, tandis que ceux qui tétaient du lait acide ou très-faiblement alcalin, le vomissaient presque immédiatement en caillots plus ou moins gros, et qu'il en résultait de graves inconvénients et pour la nourrice et pour l'enfant.

Quant à la nourrice, on conçoit qu'un enfant qui vomit tout ou presque tout le lait qu'il prend, demande à téter à tout instant; qu'au lieu de lui donner le sein quatre ou cinq fois par jour, il faut le lui donner trente ou quarante fois; que la nourrice trouve à peine le temps de prendre du sommeil, et que d'ailleurs ses seins constamment excités par la succion de l'enfant finissent presque toujours par devenir malades.

Mais les inconvénients qui résultent pour l'enfant de cette mauvaise alimentation ont des conséquences beaucoup plus graves encore.

Lorsque le lait rencontre une trop grande acidité dans l'estomac, ou qu'il est lui-même un peu acide avant d'être avalé, il se coagule immédiatement, se transforme en une

sorte de pelote indigeste que l'enfant est obligé de vomir, et s'il continue quelque temps à faire usage du même lait, son estomac ne tarde pas à se fatiguer et à devenir malade. Combien, en effet, ne voit-on pas d'enfants, pris, à la suite d'une semblable alimentation, de coliques, de dévoiement, qui dépérissent journellement et qui finissent par succomber; et, si l'on examinait le lait de leurs nourrices, au moyen du papier de tournesol, l'on s'assurerait que, le plus souvent, tous ces désordres tiennent à son défaut d'alcalinité suffisante.

Dans des cas pareils, on suppose avec raison que le lait de la nourrice ne convient pas à l'enfant, et l'on en cherche une autre; mais comme l'on ne sait pas pourquoi le lait de la première nourrice ne convenait pas, il arrive souvent que l'on en prend une autre dont le lait est tout aussi mauvais.

Je crois donc que, lorsqu'on s'occupe du choix d'une nourrice, l'on devrait toujours essayer son lait avec du papier de tournesol, afin de s'assurer s'il est acide ou alcalin. Dans le cas cependant où l'on aurait une nourrice qui n'aurait d'autre inconvénient que d'avoir du lait acide, et à laquelle on tiendrait du reste sous tous autres rapports, je pense que l'on pourrait se dispenser de la changer pour une autre. Rien n'est plus facile, en effet, dans ce cas, que de donner au lait la qualité qui lui manque : il suffit pour cela de défendre à la nourrice l'usage des acides, et d'ajouter à l'eau dont elle fait ordinairement sa boisson, une certaine quantité de bi-carbonate de soude, un demi-gros à un gros par pinte, par exemple, ou de lui faire prendre quelques verres d'eau de Vichy par jour. Bientôt alors son lait passe

à l'état alcalin, et l'on voit l'enfant qui dépérissait auparavant revenir à la santé.

Je me bornerai, pour le moment, à ajouter que déjà l'allaitement d'un certain nombre d'enfants a été dirigé d'après ces principes, et toujours avec un succès on ne peut plus satisfaisant. M. d'Arcet a, dans sa famille même, deux enfants, dont l'un a cinq ans et l'autre trois, qui n'ont jamais pris de lait qui ne fût alcalin ; car leur mère, qui les a nourris, s'en assurait chaque jour en essayant son lait avec du papier de tournesol ; et lorsqu'on leur donnait du lait de vache, on ne manquait jamais d'y ajouter environ un demi-gramme de bi-carbonate de soude par pinte. Je dois ajouter que le dernier de ces enfants était tellement chétif lorsqu'il vint au monde, que, pendant quelque temps, l'on ne croyait pas pouvoir l'élever. Je ne sais si on doit l'attribuer entièrement au régime que ces enfants ont suivi sous ce rapport, mais le fait est qu'ils ont été élevés sans aucun des accidents que l'on remarque si communément chez les enfants pour lesquels on ne prend pas les mêmes précautions, et qu'ils sont aujourd'hui l'un et l'autre d'une santé superbe. Je pourrais citer aussi l'exemple de plusieurs enfants que leurs mères élevaient au biberon, et dont la santé assez chancelante s'est rétablie d'une manière remarquable dès le moment où on leur a donné, d'après mes conseils, du lait alcalisé au moyen d'une certaine quantité de bi-carbonate de soude.

Ce que je viens de dire suffira, je pense, pour engager mes confrères à s'occuper d'un sujet d'observations aussi intéressant; mais déjà, pour moi, d'après les observations que j'ai faites, et c'est aussi l'opinion de M. d'Arcet, j'oserais presque avancer que l'alcalisation du lait, lorsqu'elle

sera généralement adoptée, conservera l'existence à un plus grand nombre d'enfants que ne l'a fait la découverte de la vaccine.

Agréez, M. le président, l'assurance de ma haute considération.

CH. PETIT,
Docteur en médecine, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy.

Paris, le 25 janvier 1839.

VARIOLE CONFLUENTE MORTELLE

SURVENUE SIX SEMAINES APRÈS LA GUÉRISON D'UNE VARIOLE DISCRÈTE;

Observation communiquée

PAR LE DOCTEUR RENOUARD.

Au moment où s'agite la question encore peu avancée de l'opportunité des revaccinations, le fait suivant, quoiqu'isolé, me semble offrir de l'intérêt. Je le livre sans commentaire, laissant aux hommes qui s'occupent de ce sujet important le soin de le mettre en regard d'autres faits analogues ou contraires.

Le 24 août 1838, la petite Léontine Mar..., âgée de vingt-huit mois, fut atteinte d'une variole discrète qui parcourut ses périodes régulièrement, mais sans provoquer de symptôme fébrile notable. L'enfant ne perdit ni son appétit, ni sa gaieté; c'est par précaution seulement qu'on l'assujettit,

pendant trois ou quatre jours, à une demi-diète, et qu'on la priva de sortir.

Cependant les pustules laissèrent plusieurs cicatrices très-apparentes sur le visage et au cou.

Le 20 octobre suivant, sans cause appréciable, la même enfant devint tout-à-coup triste, morose, sans appétit. Elle se plaignait de douleurs dans les lombes et la hanche gauche. Comme elle était tombée de sa hauteur peu de jours auparavant, les p rents craignirent qu'elle ne se fût blessée, quoiqu'elle n'eût pas discontinué ses jeux, ni témoigné aucune souffrance après sa chute. Ils l'emportèrent chez moi et je l'examinai avec la plus sérieuse attention; interrogée en ma présence sur le lieu de son mal, elle n'hésitait pas à indiquer avec la main la région ci-dessus mentionnée.

Cependant, la pression de la main, ni les mouvements imprimés à la cuisse n'augmentaient pas la douleur. Enfin, ne trouvant aucun signe de lésion, je rassurai la mère et lui conseillai d'appliquer des cataplasmes de graine de lin sur la partie malade.

21 au matin. L'enfant ne dort pas, mais elle est accablée. Elle ne profère aucune plainte quand on ne lui parle point; mais si on lui demande où elle a mal, elle indique la hanche gauche. La mère me fait observer que sa petite a eu des convulsions; elle en appréhende le retour; d'après l'inspection des symptômes qui se manifestent, l'état de la peau et le pouls n'annoncent pas de fièvre. Je partage l'opinion de la mère sur l'imminence d'une affection cérébrale.

Six sangsues à l'anus, sinapismes aux jambes, tisane de pommes de renette.— Application, sur le front, de compresses trempées dans de l'eau à la température de la chambre.

Vers midi des convulsions violentes se déclarent; les sang-

sues n'avaient pas encore été appliquées. On se décide à les poser.

22 au matin. Les convulsions ne se sont pas renouvelées depuis les sangsues; l'enfant paraît calme, et répond exactement aux questions qu'on lui fait. Il y a peu ou point de fièv.

Six grains de calomel préparé à la vapeur; eau gommée; diète.— Compresses fraiches sur le front.

Au soir. Les convulsions ont repris dans l'après-midi avec une grande violence. Il y a eu deux évacuations alvines.

Réitérer la dose de calomel; continuation des autres moyens.

23 au matin. La nuit a été agitée, mais sans délire ni convulsions; le pouls s'est un peu relevé; l'enfant a eu encore deux selles.

Trois sangsues au-dessus de chaque malléole interne; eau gommée.— Compresses fraîches sur le front.

Au soir. Quelques petits boutons rouges apparaissent sur différents points de la surface cutanée. Les convulsions ne se sont pas renouvelées. Il y a du mieux comparativement aux jours précédents.

Infusion de fleurs de mauve tiède.— On cesse l'application des compresses sur la tête.

24. Les boutons papuleux se multiplient et grossissent, sans revêtir encore un caractère distinctif. Aucun symptôme grave ne se manifeste.

25 au matin. Quelques pustules larges, ombiliquées, environnées d'une auréole rouge, se dessinent çà et là sur les membres et ne laissent plus de doute sur la nature variolique de l'éruption. Les plaques rouges à surface pointillée

qui recouvrent le visage me font présager une variole confluente.

La bouche, la langue, le pharynx ne présentent aucun signe d'inflammation. L'enfant boit bien; elle est assoupie sans dormir.

Quoique l'état de la petite malade n'offre rien d'alarmant, je prévois qu'une éruption qui s'est annoncée par des prodrômes si intenses ne peut manquer d'être très-dangereuse; en conséquence, j'insiste auprès des parents pour obtenir une consultation.

D'ailleurs, je désirais faire constater par un confrère la réalité de la première variole, dont les cicatrices encore visibles ne l'auraient plus été le lendemain.

M. le professeur Pelletan est appelé; il reconnaît le caractère des anciennes cicatrices, ainsi que la nature des nouvelles pustules.

Rien n'est changé au traitement. On se borne à donner tantôt une infusion de fleurs de mauve, tantôt de l'eau gommée, et à faire sucer une tranche d'orange de loin à loin.

26 octobre et jours suivants. Tous les symptômes se sont aggravés de jour en jour. De larges pellicules blanchâtres ont recouvert les plaques rouges du visage. Le pharynx, les fosses nasales, les conjonctives sont le siége de pustules plus ou moins nombreuses. La déglutition est devenue très-difficile ou impossible. L'enfant succombe dans la nuit du 30 au 31, au commencement de la période de dessiccation. Quelques croûtes existaient déjà sur divers points.

La grand'mère du côté maternel assure qu'elle a été deux fois atteinte de la petite-vérole. Il lui en est resté la figure couturée et une taie qui la prive de l'usage d'un œil.

La mère, âgée de vingt-six ans, et qui était dans le qua-

trième mois de grossesse, ne cessa pas un instant de donner des soins à sa fille, et la veilla toutes les nuits. Elle se croyait à l'abri du danger, ayant eu, disait-elle, la petite-vérole dans son enfance. Cependant, quelques jours s'étaient à peine écoulés depuis le décès de l'enfant, quand la mère fut prise d'une hémorrhagie utérine. On crut qu'elle était menacée d'une fausse-couche, et l'on fit venir une sage-femme, qui suivit la maladie pendant quelques jours; mais effrayée de la voir s'aggraver constamment, elle amena avec elle un médecin qui a continué à soigner la malade.

Je ne puis donner aucun détail sur la marche de cette maladie, que je n'ai pas vue; mais j'ai su du mari et des autres parents que c'était une variole confluente, et que la malheureuse femme avait succombé le dix-septième jour à dater de l'invasion.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Rapport verbal sur la thèse de M. Devilliers, ayant pour titre : De l'hystérotomie après la mort de la mère, *fait à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 5 octobre* 1838. (Imprimé par décision de la Société.)

Messieurs,

Le fils de notre honorable collègue M. Devilliers vous a

fait hommage de sa thèse inaugurale intitulée : *De l'hystérotomie après la mort de la mère, question considérée sous le point de vue médico-légal et dans ses rapports avec les questions de survie, de viabilité et de responsabilité médicale.*

L'importance du sujet et la manière dont il a été traité nous ont fait un devoir de donner à l'analyse de cette thèse quelque étendue, et d'en discuter quelques-uns des points les plus remarquables.

L'histoire de l'hystérotomie se perd dans la nuit des temps; elle remonterait aux siècles fabuleux s'il était vrai qu'elle eût été pratiquée par Mercure pour retirer Bacchus du sein de Sémélé, par Apollon pour extraire Esculape du ventre de Coronis après sa mort. D'illustres Romains, Lycas, Scipion-l'Africain, Marsilius, J. César durent le jour à la section faite à leur mère qui venait d'expirer. Ces faits, surtout ceux qui remontent aux temps héroïques, doivent sans doute être admis avec beaucoup de réserve. Ils sont bons, néanmoins à rappeler comme preuves de la sollicitude constante des hommes de notre profession pour les intérêts de l'humanité.

Aux motifs purement humains qui dirigeaient les hommes de l'antiquité dans l'extraction de l'enfant au moyen de la section, vint se joindre l'intention de la conservation spirituelle des enfants par le baptême, à la grande époque du christianisme, où la pensée religieuse dominait toutes les autres pensées chez les nations catholiques. Il fut alors prescrit d'ouvrir toutes les femmes enceintes qui venaient d'expirer. L'autorité des conciles, les exemples d'un grand nombre d'auteurs plus ou moins célèbres, donnèrent une sanction entière à cette opération, qui fut pratiquée bien plus souvent

dans les temps qui précèdent notre ère actuelle, qu'elle ne l'est de nos jours.

M. Devilliers fils est convaincu qu'elle doit être pratiquée chaque fois que l'occasion s'en présente, mais dans des circonstances et avec des conditions qu'il indique.

La première de ces conditions est l'espoir fondé de rencontrer l'enfant non-seulement vivant, mais encore viable. La solution de ce double problème est embarrassante; sans doute elle serait facilitée par une statistique exacte où seraient rassemblés un grand nombre d'exemples d'enfants tirés par l'hystérotomie du sein maternel après la mort de la mère; où seraient indiqués le genre de cette mort, l'époque de la grossesse où l'opération a été faite, le temps qui s'est écoulé depuis le moment de la mort jusqu'à celui de l'opération, celui pendant lequel les fœtus ont pu vivre. Un tableau fort exact où l'auteur a rassemblé tous les faits connus et relaté les principales circonstances qui leur sont propres, prouve par les nombreuses lacunes qu'il présente toute la difficulté de bien faire une pareille statistique. Aussi les faits cités par les auteurs doivent-ils être admis avec une grande réserve, lorsque l'un d'eux prétend que sur soixante opérations il n'a trouvé que six enfants morts, et que l'un de ces embryons n'ayant que quarante jours était vivant; lorsqu'on voit Sennert, Corberra et autres rapporter différents exemples d'enfants qui ont vécu, quoique extraits à cinq mois du sein de leur mère.

Dans des *considérations médico-légales sur la viabilité du fœtus à toutes les époques de la grossesse et après son extraction du sein de la femme*, l'auteur fait sentir toute l'importance de la déclaration de viabilité ou de non-viabilité de l'enfant pour l'attribution de l'héritage à l'héritier légal.

Cette question de viabilité a été débattue dès la plus haute antiquité. Elle a donné lieu à des décisions qu'on peut considérer comme absurdes, telles que celles des facultés d'Allemagne, où l'on avait jugé capables de vivre des enfants nés à cinq, à quatre et même à trois mois, au dire de Michel-Bernard Valentini.

Il faut revenir aux temps modernes pour trouver des idées raisonnables sur ce sujet. Guillemeau, Mauriceau, Levret, désignent comme premier terme de viabilité, sept mois. Chaussier voulait que l'enfant né avant les trois derniers mois de la grossesse ne fût pas réputé viable; il voulait de plus qu'il apportât en naissant les conditions d'une vie certaine, et qu'il eût vécu au-delà de 36 heures pour être déclaré viable. Enfin, M. Orfila dit qu'il est impossible d'assigner au juste l'époque de la gestation où l'enfant jouit de la faculté de vivre, puisque la viabilité est entièrement subordonnée au développement et à la perfection des organes, et surtout à ceux de la respiration.

Mais si les chances de viabilité pour l'enfant dans le cas d'accouchement naturel du vivant de la mère, sont déjà si restreintes, combien seront moins nombreuses et moins probantes les conditions de viabilité pour un enfant qui sera tiré par opération césarienne du sein de la mère vivante, et à plus forte raison du sein de la mère déjà morte.

Malgré l'opinion des anciens et de quelques modernes, notre jeune confrère n'admet la viabilité dans le cas d'hystérotomie après la mort, qu'à une époque avancée de la grossesse, et nous sommes entièrement de son avis.

Conditions et opportunité de l'opération. — Nous avons vu que dans le moyen-âge, quelle que fût l'époque de la grossesse, toutes les femmes enceintes frappées de mort étaient

ouvertes dans l'intention louable de donner le baptême à l'enfant. Nous respectons cette intention de l'Église; et si nous lui adjoignons la possibilité d'extraire un enfant vivant et viable, nous dirons avec le moyen-âge qu'il faut ouvrir toute femme enceinte frappée de mort.

Mais ici, Messieurs, se présente une condition qui, à notre sens, domine toute la question; cette condition, c'est la certitude de la mort de la mère. Si vous devez porter sans hésitation le scalpel sur un corps inanimé, quelle retenue ne doit pas vous imposer la crainte d'ouvrir le ventre et l'utérus d'une femme qui peut n'être que dans un état de mort apparente? Les signes certains de la mort sont-ils si nombreux, si évidents, que vous puissiez vous décider à la légère et vous exposer à porter la mort là où elle n'était pas, pour aller à la recherche d'un être dont la vie est si souvent douteuse et la viabilité si souvent problématique? Quel est celui d'entre nous, Messieurs, qui ne reculerait pas devant une pareille opération s'il s'élevait dans son esprit le plus léger doute sur la réalité de la mort de la mère, et qui se contenterait, pour établir ses convictions, de simples probabilités fondées sur des épreuves le plus souvent insuffisantes?

Nous ne rejetons point la section. Nous reconnaissons que les principes de notre christianisme, que les intérêts de l'humanité font un devoir de la pratiquer. Mais nous n'admettons la rigueur de ce devoir que dans les cas où l'on peut acquérir la certitude de la mort de la mère; et avec d'autant plus de raison que la vie et la viabilité de l'enfant nous semblent bien plus douteuses que les auteurs ne le prétendent généralement. Qu'est-ce que c'est que la vie d'un embryon de quarante, de cinquante jours, de deux mois? Nous en avons reçu souvent de ces embryons expulsés par des

mères pleines de vie, et jamais nous n'avons retrouvé en eux les signes qui la constituent. Et faire la section pour aller à la recherche de pareils embryons et les amener vivants lorsque la vie est éteinte depuis plus ou moins long-temps chez la mère, ce sont des prétentions et une pratique que la raison et la saine médecine repoussent.

La détermination à prendre dans ces cas graves et difficiles est entièrement subordonnée pour nous à la certitude acquise de la mort de la mère. Toutes les épreuves doivent être tentées et pendant un temps suffisant pour s'assurer de cette mort avant d'opérer. Aussi n'avons-nous pas lu sans quelque inquiétude le passage où notre jeune confrère dit que le médecin doit agir comme sur une femme vivante, se regarder comme son opérateur et ne pas hésiter; il ne devra épargner aucun raisonnement pour engager à l'opération. C'est en vain qu'on objectera la possibilité que la mère ne soit pas morte; s'appuyant sur des autorités nombreuses, celles de Heister, de Penn, de Sabatier, de Fabrice de Hilden, de Parc, il conseille d'opérer de suite, après avoir fait quelques épreuves qui devront être terminées en quelques minutes pour s'assurer de la mort de la mère.

Cent autres autorités aussi graves que celles que nous venons de citer viendraient à l'appui d'une semblable doctrine, que nous ne pourrions nous décider à la partager. Pour nous la preuve certaine de la mort de la mère avant d'opérer : sinon, non. Avec Mahon, avec M. Marc, nous ne nous déciderions à la section qu'après nous être assurés de la mort de la mère par la connaissance des causes qui l'ont déterminée, des circonstances qui l'ont accompagnée, et par des épreuves positives et long-temps prolongées. Nous ne pensons pas avec l'auteur qu'on doive agir dans la supposition

que la femme n'est pas morte ; nous croyons qu'on doit agir dans une supposition contraire. Car, tant qu'on suppose que la femme vit encore, nous ne voyons pas l'urgence, pour la vie de l'enfant, de faire subir à la mère une opération, qui, dans les circonstances les plus favorables, est presque constamment mortelle. Que si on se décide à l'opération, on doit l'exécuter en se conformant aux règles prescrites, et agir, quant à la manœuvre, comme on le ferait sur une personne vivante.

Nous pensons qu'on doit toujours opérer, *bien qu'un temps assez long se soit écoulé depuis la mort de la mère*, parce que, dans ce cas, cette mort n'est plus douteuse, et parce qu'il existe des exemples de survie des enfants, quoiqu'ils n'aient été retirés du sein de leur mère que plusieurs heures, un jour et plus long-temps encore après sa mort. La possibilité de cette survie s'explique par l'indépendance de la circulation fœtale, qui, suivant M. Marsan, continue du fœtus au placenta et doit lui suffire pendant un espace de temps qu'il est impossible de déterminer d'une manière précise.

On doit encore opérer sans hésitation, *lors même que l'on douterait que l'enfant est vivant*, si la grossesse est parvenue au terme où l'enfant est viable et si la preuve de la mort de la mère est acquise. Cette certitude ne suffirait pas pour décider l'opération, si on avait la preuve de la mort du fœtus.

La symphyséotomie ou l'hystérotomie devraient être pratiquées sans hésiter, si, du vivant de la femme, elles avaient été jugées nécessaires pour l'extraction de l'enfant. Il y aurait même nécessité de faire la section, si on avait affaire à une grossesse extra-utérine ou à une rupture de la matrice.

M. Devilliers discute la question de responsabilité médicale. Il s'élève avec raison contre les ordonnances de police

qui défendent de toucher à un cadavre avant la visite d'un officier civil et une autorisation du préfet de police. Les délais qu'entraîneraient de pareilles formalités feraient perdre le plus souvent tout espoir de sauver les jours de l'enfant. Je fais des vœux pour qu'une pareille législation reçoive des modifications qui la mettent plus en harmonie avec les intérêts et les besoins de l'humanité.

Dans des considérations sur la survie de la mère et de l'enfant, notre auteur fait encore preuve d'un bon savoir. Après avoir mis en présence et avoir discuté doctement les diverses opinions émises sur cette question difficile et délicate, il croit, pour la résoudre, devoir se renfermer dans le texte même du Code civil, qui n'admet de succession possible pour les héritiers de l'enfant que dans le cas où il y a eu viabilité reconnue. Il ne suffit pas que l'enfant soit retiré vivant, il faut encore qu'il soit retiré vivant et viable. Dans le cas contraire, la mère est censée avoir survécu.

Avant de terminer ce rapport, nous croyons devoir citer deux faits, dont l'un nous est propre, qui pourront jeter quelque jour sur la question.

Il y a de cela une quinzaine d'années; nous n'avions pas encore cette expérience que la pratique et nos fréquents rapports avec vous, Messieurs, nous ont mis à même d'acquérir. Nous fûmes appelé par le commissaire de police dans une des petites rues qui avoisinent la Halle. Nous trouvâmes ce magistrat dans une petite chambre sur le lit de laquelle gisait un cadavre de femme. Un confrère âgé, homme instruit, dont je ne me rappelle pas le nom, s'était aussi rendu à la même invitation qui lui avait été faite.

Le commissaire de police nous apprit que le matin même, à neuf heures, la femme qui était sous nos yeux avait été

frappée dans la rue d'une apoplexie foudroyante, qu'elle était tombée sans mouvement et sans vie. Il nous dit qu'elle était enceinte, sur le point d'accoucher, et nous demanda ce qu'il fallait faire.

Notre premier soin fut de nous assurer par le toucher qu'il n'y avait pas un commencement de travail qui permît, même avec des efforts, de terminer l'accouchement par les voies naturelles. L'état du col n'autorisait aucune tentative; l'auscultation ne fit découvrir aucun souffle placentaire; la chaleur du corps n'était pas encore éteinte, et néanmoins n'élevant aucun doute sur la réalité de la mort, l'avis de notre confrère étant pour l'hystérotomie, nous la pratiquâmes aussitôt, en nous conformant à toutes les règles prescrites pour cette opération. La mère était bien morte; mais l'enfant que nous retirâmes, quoique à terme ou à peu près, était également sans vie, en sorte que notre opération fut sans résultat.

En pensant à la conduite que nous crûmes devoir tenir dans cette circonstance, nous sommes forcé de reconnaître aujourd'hui qu'elle fut irréfléchie; car le signe certain de la mort de la mère nous manquant, il pouvait se faire qu'elle se trouvât simplement dans un état de syncope. Et quelle n'eût pas été notre douleur si, par ses cris, elle nous avait contraint de témérité et d'imprévoyance! Si un cas pareil se présentait aujourd'hui et que nous eussions à opérer la section chez une personne atteinte de mort subite, nous ne nous déciderions à la pratiquer qu'après nous être assuré par tous les moyens possibles de la réalité de la mort de la mère. Les apparences peuvent si facilement induire en erreur dans une pareille circonstance, qu'on ne saurait agir avec trop de circonspection.

Mais si, comme dans l'observation suivante, nous pouvions réunir les présomptions morales aux preuves physiques de la mort, nous agirions tout autrement ; nous opérerions à l'époque la plus rapprochée du moment où la mère aurait cessé de vivre. Nous imiterions la conduite du jeune collègue qui nous communiqua dans le temps le fait suivant, dans lequel il ne pouvait rester dans son esprit aucun doute sur la mort de la mère. Voici ce fait.

Pendant le temps de notre internat à l'hôpital des Vénériens, un de nos collègues donnait des soins à une blanchisseuse du faubourg St-Marceau, enceinte de huit mois et parvenue au dernier degré de la phthisie pulmonaire. Les personnes qui entouraient cette femme eurent ordre de prévenir notre collègue du moment où elle rendrait le dernier soupir. Il se rendit aussitôt chez elle, et il retira de son sein, par la section, un enfant parvenu au terme de huit mois, vivant et bien portant ; une heure au plus s'était écoulée depuis l'instant de la mort.

On conçoit la différence qu'il y a entre ces deux faits. Dans le premier, des incertitudes graves pouvaient et devaient s'élever sur la réalité de la mort de la mère ; elles devaient commander une grande réserve. Dans le second, aucun doute ne pouvait arrêter l'opérateur. Il avait suivi la malade jour par jour ; il avait vu son dépérissement graduel, la vie lui échapper en détail, il avait assisté à son dernier soupir. Le genre de mort doit donc être soigneusement interrogé quand il s'agit de prendre une décision.

Nous revenons, Messieurs, à notre jeune confrère, que nous avons peut-être trop long-temps abandonné, pour donner à son travail les éloges qu'il mérite. M. Devilliers a fait preuve de connaissances étendues ; il a discuté avec mesure

et discernement des points difficiles à aborder. Sa thèse est une bonne thèse qui sera consultée avec fruit et qui nous donne la certitude que les qualités qui distinguent le praticien éclairé et honorable seront héréditaires dans sa famille.

Nous vous proposons d'adresser des compliments et des remerciements à M. Devilliers fils.

TEALLIER, D.-M.-P.

Paris, le 2 octobre 1838.

Traité des maladies des femmes et de l'hygiène spéciale de leur sexe; par le docteur COLOMBAT (de l'Isère). Paris, 2 forts volumes in-8°. — Chez Labé, rue de l'École-de-médecine, 10.

Si l'on réfléchit aux perfectionnements réels que les nouveaux moyens de diagnostic ont apportés dans le traitement médico-chirurgical des maladies particulières aux femmes, on appréciera l'utilité d'un ouvrage, qui, dans un cadre étroit, offre un résumé fidèle de l'état de la science sur un sujet aussi important. Cette tâche longue et difficile vient d'être heureusement remplie par le docteur Colombat. Pour donner une idée succincte de son ouvrage, nous suivrons la marche et les divisions que l'auteur a adoptées.

Le premier chapitre traite des changements physiques, moraux et physiologiques qui s'opèrent chez la femme aux principales époques de sa vie. Ces préliminaires nous semblent d'autant mieux placés avant la partie pathologique de l'ouvrage, que la plupart des maladies qui en font le sujet

principal prennent naissance dans le trouble des divers états physiologiques dont il est question dans ce chapitre.

Le deuxième chapitre est consacré à l'anatomie chirurgicale, aux vices de conformation et aux sympathies des organes génitaux de la femme; le troisième, à l'exploration de ces mêmes organes dans leurs divers états pathologiques. Cette partie a été traitée avec tous les détails qu'elle exigeait. Après avoir passé en revue tout ce qui concerne le toucher, M. Colombat s'est longuement étendu sur l'application du spéculum, dont il donne une histoire complète.

Avant d'aborder la partie pathologique proprement dite, il traite, dans un chapitre particulier, des causes générales des maladies des femmes, dont il donne un tableau synoptique divisé en six sections, savoir : 1° les lésions de forme; 2° les lésions de situation; 3° les lésions physiques; 4° les lésions vitales; 5° les lésions de fonctions et les névroses; 6° les lésions relatives à la reproduction.

La première section comprend tous les vices de conformation primitifs ou accidentels des organes génitaux, ainsi que les divers moyens que la chirurgie peut leur opposer, et dont quelques-uns sont inventés ou perfectionnés par l'auteur. Dans la deuxième section, il entre dans de longs détails sur tout ce qui a rapport aux divers déplacements de la matrice; il s'occupe successivement du prolapsus de cet organe, de son antéversion, de sa rétroversion, de son incurvation, de son obliquité, de son renversement, de ses différentes hernies. Il décrit les hernies des ovaires, la chute de la membrane interne du vagin et l'invagination de ce canal; il donne une attention toute particulière au prolapsus et au boursouflement de la muqueuse urétrale, et surtout à la cystocèle et à l'entérocèle vaginale et vulvaire. Il termine cette section par

l'histoire et la description des différentes espèces de pessaires; il indique les règles à suivre dans leur application et dans leur choix. Nous lui savons gré d'avoir beaucoup insisté et de s'être longuement étendu sur les accidents que peuvent déterminer ces moyens palliatifs, et sur les indications et les contr'indications qui doivent diriger le médecin dans leur emploi.

Dans la troisième section se trouvent réunies les contusions, les déchirures, les plaies, les fistules et toutes les lésions dépendant d'une cause traumatique, ou qui sont produites par la tête du fœtus, par l'application des instruments, ou par les contractions de l'utérus pendant la durée du travail de l'accouchement. L'auteur a décrit dans ce chapitre les instruments et les procédés qu'il a inventés pour aviver et rapprocher les bords des fistules vaginales.

En suivant l'ordre méthodique adopté par M. Colombat, nous arrivons à la quatrième section, qui comprend toutes les lésions vitales, parmi lesquelles sont les phlegmasies superficielles et profondes de la vulve, les inflammations aiguës et chroniques du vagin, de la membrane interne et du parenchyme de l'utérus, la leucorrhée, les divers engorgements, le cancer, les transformations, les productions morbides, l'hydropisie, la pneumatose, les hydatides, les concrétions calcaires, les polypes et toutes les dégénérescences de l'organe gestateur, des ovaires, des trompes, du vagin, de la vulve et des mamelles. Dans l'histoire de ces diverses maladies, M. Colombat n'a négligé aucun des détails qui pouvaient intéresser le praticien. Il a signalé et décrit avec soin tous les moyens thérapeutiques qu'on a proposés ou employés pour remédier à ces affections. Il fait connaître également divers procédés et plusieurs instruments fort ingénieux qu'il a

(*Malthus*). L'autre doctrine, au contraire, dans son immense amour pour les hommes, ne fait aucune acception de leurs maux et voudrait les soulager tous. Son zèle ardent ne connaît point de bornes à ses secours : ce qui est misère, elle l'assiste; ce qui est nu, elle le couvre; ce qui est faiblesse, elle l'excuse; ce qui est crime, elle le pardonne. « Les catholiques (dit *l'abbé Gaillard*) ont été conduits à » suivre ces principes par des motifs tout-à-fait religieux; » mais il n'en est pas moins vrai que cette manière d'agir » établit l'ordre social sur la plus forte base, en enchaînant » les riches et les pauvres par un concours continuel de » bienfaits et de reconnaissance. »

De 1824 à 1833, le nombre annuel des enfants-trouvés s'est élevé de 116,767 à 127,500. La dépense dont ils sont la cause s'élève de nos jours à près de dix millions! N'oublions pas qu'en même temps nous avons à assister annuellement environ deux millions de pauvres!

« Mais, s'écrie avec un généreux élan M. Benoiston de Châteauneuf, quel est donc ce singulier amour des hommes, qui, lorsque je veux donner un pain à celui qui n'a pas mangé, m'en empêche aussitôt et me reproche de créer des pauvres; qui, si je me baisse pour recueillir un enfant exposé dans la rue, me retient et me crie : Qu'allez-vous faire? vous allez encourager le vice et multiplier les expositions! si j'élève un asile au vieillard infirme délaissé, me gourmande et s'écrie : Insensé! ne voyez-vous pas que vous favorisez l'ingratitude des enfants envers leurs proches. Quelle étrange charité! »

Sur 22,000 enfants naturels abandonnés chaque année (sur 73,000), il en meurt 6,000 aux hospices dans les premiers jours, et 15,000 en nourrice; restent 12,000. Gardons-nous donc d'aider encore à la mort. Elle ne détruit déjà que trop cette triste et débile génération d'enfants;

tous les soins, tous les efforts réussissent à peine à en garantir un tiers de ses coups.

C'est sans doute une mesure très-sage que celle prise récemment à l'hospice de la Maternité de Paris, qui exige, avant d'admettre une femme enceinte, que celle-ci s'engage à nourrir son enfant pendant quelques jours et l'emporte à sa sortie. Qui sait si l'on n'obtiendrait pas encore de grands avantages de relations facilitées entre la mère et l'enfant, dans le cas où celui-ci a été abandonné d'abord, mais pourrait bien être ultérieurement réclamé? Quant à la suppression des tours et aux mesures de police qui y ont été jointes...., je déplorerai avec M. Benoiston de Châteauneuf une charité assez peu chrétienne pour ne pas craindre d'exposer à tous les regards les fautes de la misère, oubliant cette belle parole de Bossuet : Que la pauvreté n'est pas seulement un malheur, qu'elle est encore une dignité.

L'auteur du mémoire sur lequel nous appelons l'attention des lecteurs de la *Revue*, n'a pas entrepris de résoudre les difficultés que présente aujourd'hui la question des enfants trouvés ; mais il a admirablement résumé les principaux termes de cette question, et surtout, il a fait preuve dans son travail d'un excellent cœur et d'un excellent esprit. Il y a plaisir à voir un membre de la nouvelle académie des *sciences morales et politiques* lutter sans trop de réserve contre le système PHILANTROPIQUE de l'administration moderne, et opposer aux vues économiques qui la dirigent ces paroles d'un administrateur habile, *M. de Villeneuve* : « La religion et la charité seront toujours les bases » les plus solides de toutes les améliorations à apporter aux » institutions humaines. »

G.

Gazette médicale (Janvier 1839).

Mémoire sur les inflammations et les abcès du sein; par M. Gustave JEANSELMES. — Dans les inflammations du sein chez la femme, il est de la plus haute importance de bien distinguer, avant tout, le tissu qui est le point de départ de la maladie. Suivant, en effet, que la phlegmasie a son point de départ dans la couche sous-cutanée ou dans le tissu cellulaire sous-mammaire, ou dans la glande elle-même, elle est loin d'offrir les mêmes symptômes, de suivre la même marche, de présenter la même gravité et de réclamer les mêmes moyens thérapeutiques. Les inflammations du sein se divisent donc naturellement en trois ordres : 1° les inflammations superficielles ou sous-cutanées; 2° les inflammations profondes ou sous-mammaires; 3° les inflammations de la glande. La disposition de la couche cellulo-graisseuse, interposée entre la glande et les téguments, n'étant pas la même en dehors de l'aréole que dans l'aréole et le mamelon, il en résulte deux variétés dans le premier ordre des inflammations du sein.

La première variété n'est, à proprement parler, qu'une inflammation phlegmoneuse, dont elle offre à peu près tous les caractères. Lorsque l'inflammation est intense, il n'est pas rare de voir le sein atteindre un développement considérable; et, suivant les degrés de ce développement, le mamelon et son auréole, qui ne participent que très-peu à la tuméfaction, sont déprimés et forment une cavité plus ou moins profonde.

Deuxième variété. Les tissus qui composent le mamelon et son aréole sont tellement serrés et si intimement unis à la glande, qu'on ne conçoit guère qu'ils puissent être le siége d'une inflammation purement sous-cutanée indépen-

dante de l'inflammation de la glande elle-même. On observe cependant souvent ce genre d'inflammation chez les nourrices et les nouvelles accouchées, par suite de gerçures ou de toute autre irritation de la peau.

Les inflammations sous-mammaires profondes sont ordinairement circonscrites et se présentent sous forme de bosselures; elles ont une grande tendance à occuper une large surface et à revêtir la forme du phlegmon diffus. La disposition en lames foliacées du tissu cellulaire qui sépare la glande du muscle grand pectoral et des cartilages sterno-costaux explique cette circonstance. La marche de cette inflammation est rapide; la suppuration et la résolution en sont les terminaisons les plus fréquentes. Pour obtenir la résolution, les saignées générales et locales, le calomel et le tartre stibié à haute dose, sont les moyens les mieux indiqués.

3° *Les inflammations de la glande mammaire* se rapportent presque toutes au travail de la lactation. Celles qui résultent d'une cause externe quelconque s'établissent dans le tissu cellulaire inter-lobulaire. Celles qui se développent sous l'influence d'une cause interne débutent tantôt par les conduits lactés, tantôt par le tissu sécréteur, tantôt par le tissu fibro-cellulaire. Celles enfin qui dépendent de la sécrétion laiteuse ont le plus souvent leur point de départ dans les masses lobulaires ou dans l'intérieur de leurs canaux.

La glande mammaire seule offre donc trois variétés distinctes d'inflammation : inflammation des canaux galactophores, inflammation des lobules sécréteurs, inflammation de la trame fibro-cellulaire.

La première variété répond à ce qu'Aristote désigne sous le nom de poil. La mamelle est développée irrégulièrement; elle est bosselée et comme sillonnée de cordons

durs. L'engorgement laiteux occupe quelquefois toute la glande. Abandonné à lui-même, il peut disparaître sans développer dans le sein une véritable inflammation; d'autres fois une vive inflammation s'empare de toute la glande, et alors elle se termine très-souvent par la suppuration ou la décomposition du lait.

Deuxième variété. L'inflammation du tissu mammaire et de sa trame cellulo-fibreuse s'observe surtout, et même presque exclusivement, chez les nourrices. La marche de ce genre d'inflammation est généralement moins rapide que celle des autres phlegmasies du sein. L'inflammation pouvant passer successivement d'une cloison, d'un lobule à plusieurs autres, il n'est pas rare de la voir durer des semaines, des mois même, avant d'atteindre une terminaison définitive. Le tissu de la glande communiquant par des cloisons fibro-celluleuses, en avant avec la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, en arrière avec le tissu *cellulaire* foliacé, l'inflammation a une grande tendance à se compliquer de phlegmasies sous-cutanées, ou de phlegmasies profondes, et quelquefois de toutes les deux ensemble; aussi le pronostic en est toujours grave. La médication la plus rationnelle consiste en saignées générales et locales; purgatifs salins, bains généraux, topiques émollients ou narcotiques, plus tard résolutifs et même légèrement excitants.

Comme les inflammations qui leur donnent lieu, les abcès du sein se divisent naturellement en trois classes : 1° les abcès superficiels; 2° les abcès profonds; 3° les abcès glanduleux.

Les abcès superficiels du sein se subdivisent en deux variétés : 1° ceux de l'aréole; 2° ceux du tissu cellulo-graisseux.

Les abcès de l'aréole se présentent sous la forme de pe-

tits dépôts, ordinairement multiples, globuleux et d'un volume variable d'une noisette à une moitié d'œuf. Ils sont douloureux à la moindre pression et ont une teinte livide ou bleuâtre. La fluctuation est assez souvent obscure et difficile à constater d'une manière évidente. Abandonnés à eux-mêmes, ces abcès se font jour au-dehors; quelquefois ils font naître dans la glande elle-même ou dans le reste de la couche sous-cutanée des inflammations, et de là des foyers purulents.

Les abcès du tissu cellulo-graisseux du sein s'établissent et se comportent de la même manière que les abcès phlegmoneux de la couche sous-cutanée des autres régions du corps. Abandonnés à eux-mêmes, ils mettent toujours un temps plus ou moins long à s'ouvrir à l'intérieur; aussi, dès qu'on a constaté la fluctuation, est-il indiqué de les ouvrir largement.

Deuxième classe. Les abcès profonds ou sous-mammaires doivent être divisés en idiopathiques et symptomatiques. Cette division est de la plus haute importance pour la pratique. Il est évident, en effet, que la première classe de ces foyers est loin d'offrir la même gravité que la seconde qui se lie toujours à une affection plus ou moins sérieuse des organes voisins. Dès que l'existence de la collection purulente est bien constatée, la seule médication consiste à porter le bistouri dans le foyer pour évacuer le liquide qu'il contient.

Troisième classe. *Les abcès parenchymateux* offrent deux variétés principales : les uns s'établissent dans les conduits lactés, et reconnaissent pour cause une inflammation préalable de ces canaux. Les autres étant le résultat d'une inflammation du tissu cellulaire ou du parenchyme cellulaire de la glande, se développent d'abord dans l'épaisseur des cloisons, des brides qui séparent les différentes parties de

l'organe. Ces abcès sont ordinairement multiples. Dans un assez court espace, il peut s'en développer un nombre considérable sur le même sein ; tantôt on les voit sur venir simultanément ; d'autres fois, ils se développent les uns après les autres. Leur nombre est d'ailleurs proportionnel au nombre de canaux galactophores ou de lobules de la glande, qui ont été le siége de l'inflammation. Leur volume est ordinairement peu considérable. Ces abcès sont, sans contredit, les plus fréquents de tous ceux du sein. Ce n'est que lorsque la fluctuation est bien évidente qu'on doit les ouvrir ; l'incision doit être en général peu étendue. Une simple ponction suffit même lorsque le foyer est très-circonscrit. Comme ces abcès ont de la tendance à se prolonger, il convient d'interposer, entre les lèvres de la plaie une mèche de charpie enduite de cérat, ou bien une sonde de gomme élastique. — Telle est la substance du travail de M. Jeanselmes, qui est tiré, du moins en grande partie, des leçons de clinique de M. le professeur Velpeau.

A. F.

Journal des connaissances médico-chirurgicales (Février 1839).

Quelques réflexions sur la stomatite mercurielle et sur l'emploi des mercuriaux ; par M. Bardou. — La stomatite mercurielle prend-elle son origine dans les glandes salivaires, pour de là s'étendre de proche en proche à la muqueuse buccale, ou bien commence-t-elle par celles-ci pour s'irradier dans les premiers organes ? M. Bardou, s'appuyant sur l'observation et sur le raisonnement, pense que l'action du mercure sur les glandes salivaires et la muqueuse buccale est simultanée; que cette action n'est pas un acte inflammatoire proprement dit, mais une irritation sécrétoire ; ce

n'est point non plus une stomatite aphtheuse, comme le prétendent plusieurs auteurs, entre autres M. Bouillaud, mais une stomatite diphtéritique. L'auteur a pu s'en convaincre en enlevant sur une malade, d'une seule pièce, une pseudo-membrane de près d'un pouce d'étendue, qui tapissait les gencives des incisives inférieures. D'ailleurs, à une période avancée de la maladie, il n'existe point d'ulcérations, ce qui devrait être si la stomatite était de nature aphtheuse. Ce qui a fait croire à l'existence de ces dernières, c'est l'apparence de pseudo-membranes, qui, dans quelques points, figurent assez bien des ulcérations blanchâtres. M. Chardon glisse rapidement sur la symptomatologie de cette affection, pour s'occuper de quelques points plus intéressants. Le mercure a-t-il été toujours absorbé, lorsque survient par son fait une salivation? Malgré les résultats négatifs de la chimie à cet égard, M. Chardon croit qu'il est impossible de nier ce fait. Il croit aussi que l'élimination du mercure est nécessaire pour que les phénomènes morbides qu'il suscite puissent disparaître. L'action de l'appareil salivaire et folliculaire de la bouche est sans contredit la voie d'élimination que ce médicament semble choisir de préférence. Personne n'oserait contester ce fait, que l'auteur ne fait, du reste, que mentionner.

D'après M. Chardon, la base du traitement de la stomatite mercurielle doit consister dans l'emploi persévérant des purgatifs minoratifs et des diaphorétiques, en tenant compte toutefois des indications particulières qui peuvent se présenter. Ainsi, une émission sanguine, surtout locale, est souvent utile dans le moment de la plus vive effervescence. Quelquefois, l'emploi de l'acide hydro-chlorique fumant passé légèrement et avec rapidité sur les gencives à l'aide d'un pinceau de charpie, suffit pour faire disparaître la salivation. Ce moyen a très-bien réussi dans les mains de

M. Ricord. Quelleque soit toutefois l'efficacité de ces divers traitements, M. Chardon pense que cet accident doit être soigneusement évité, d'autant mieux qu'il est impossible d'empêcher chez certains malades le développement des accidents auxquels il donne lieu. Malheureusement, on ne peut pas toujours les prévenir : il est des cas dans lesquels, quoi qu'on fasse, le mercure ne manquera pas de produire son action sur l'appareil salivaire. Les préparations mercurielles insolubles, ajoute M. Chardon, en commençant, ne méritent pas plus de confiance que les autres, sous ce rapport-là. Il a vu, pour son compte, douze grains de calomélas déterminer une salivation des plus orageuses.

L. S.

Bulletin de thérapeutique (15 et 30 janvier 1839).

I. — *Propriétés anti-odontalgiques du camphre.* — M. le docteur Bellanger, de Senlis, annonce avoir obtenu de bons résultats, contre les douleurs dentaires, d'un agent thérapeutique que M. Raspail vient de proposer comme une sorte de panacée universelle. Il applique sur la dent douloureuse ou cariée un morceau de camphre de la grosseur d'une tête d'épingle, plus ou moins, et la douleur, dit-il, est bientôt amendée ou dissipée entièrement.

II. — *Nouveau topique contre les engelures.* — M. le docteur A. Berton dit s'être parfaitement trouvé, dans sa pratique, du mélange suivant :

Baume de Fioravanti.	2 parties.
Acétate de plomb liquide. . . .	3 parties.
Huile d'olive.	3 parties.
Acide hydro-chlorique.	1 partie.

Le liniment s'emploie en fomentations et en légères frictions, particulièrement pour prévenir l'ulcération des engelures. On en varie l'activité en changeant les proportions d'huile. A. L.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

Gangrène de la jambe à la suite d'une fracture de cuisse, par suite de la pression exercée par un des fragments sur l'artère et la veine crurales. — Observation d'anévrysme disséquant de l'aorte. — Blennorrhagie compliquée de rhumatisme et d'ophthalmie. — Apoplexie produite par la rupture d'un anévrysme de l'une des branches de l'artère cérébrale moyenne. — Abcès du foie ouvert simultanément dans l'estomac et le péricarde. — Névralgie du testicule.

I. — *Fracture de la cuisse; gangrène du membre; amputation; pression d'un fragment sur l'artère et la veine crurales; guérison;* par M. Smith, professeur de médecine à l'université de Transylvanie. — Le 31 août 1837, je fus appelé par un médecin de mes amis pour voir un malade chez lequel, à la suite d'une fracture récente de la cuisse, était survenue une gangrène du membre; c'était un jeune homme de dix-sept ans, d'une bonne constitution, mais qui arrivait d'un pays très-marécageux, de la côte orientale du Maryland. Étant à bord d'un vaisseau, un sac de marchandises lui tomba sur la cuisse et la lui fractura. Lorsque je le vis, la fracture datait de cinq jours. Le membre reposait sur des coussins dans la demi-flexion; aucun appareil n'avait été placé. Le pied et la jambe, jusqu'à trois pouces au-dessous

du genou étaient complètement mortifiés ; les téguments étaient tuméfiés, crépitants à la pression, couverts de vésicules noirâtres tout-à-fait insensibles. Un cercle d'inflammation gangréneuse s'étendait jusqu'au genou ; mais il n'y avait pas d'apparence que la maladie fût bornée. Au niveau de la fracture, il y avait beaucoup de gonflement ; mais au-dessus de ce point, toutes les parties étaient en bon état. Le pouls ferme et bon (100 pulsations) ; le système nerveux peu dérangé. L'estomac remplissait bien ses fonctions.

Considérant l'état du membre au-dessus de la fracture, et le bon état de la constitution, nous arrivâmes à conclure que la gangrène dépendait de quelque cause locale, probablement d'une lésion des gros vaisseaux et du nerf sciatique ; aussi, quoique la gangrène ne fût pas encore arrêtée dans ses progrès, nous fûmes unanimement d'avis de recourir à l'amputation de la cuisse, immédiatement au-dessus du point fracturé. Deux heures plus tard, je pratiquai l'amputation que le malade supporta avec beaucoup de courage. La plaie fut pansée de manière à favoriser la réunion par première intention. Il est inutile de détailler le reste de l'observation ; qu'il me suffise de dire que le malade guérit rapidement.

Ce qu'il y a de vraiment intéressant dans ce cas, c'est l'état des parties au niveau de la fracture. Voici ce que nous montra une dissection attentive : il y avait fracture du fémur à environ deux pouces et un quart de son extrémité inférieure ; la rupture était parfaitement transversale. Le fragment supérieur faisait saillie dans le jarret, et était placé immédiatement derrière le fragment inférieur ; ils chevauchaient l'un sur l'autre d'environ trois quarts de pouce. Au milieu du sang et de la sérosité épanchée, nous trouvâmes l'artère et la veine fémorales refoulées en arrière et forte-

ment comprimées par le bord postérieur du fragment supérieur, tranchant en ce point; en sorte qu'il était évident que la circulation avait été complètement interrompue dans ces deux vaisseaux.

Il est des chirurgiens qui recommandent de ne réduire les fractures qu'après la cessation des accidents inflammatoires. Voici un cas qui montre bien évidemment tout ce qu'une pareille conduite peut avoir de dangereux dans quelques circonstances, qu'il est difficile de reconnaître tout d'abord.

(*American journal of medical sciences*, nov. 1838).

II. — *Observation d'anévrisme disséquant de l'aorte formé par l'épanchement du sang entre les lames de la membrane moyenne de cette artère*; par C. W. PENNOCK, médecin de l'hôpital de Philadelphie. — Le sujet de cette observation est une femme de couleur, âgée de soixante-quinze ans, qui entra à l'hôpital de Philadelphie le 20 décembre 1835. Sa santé avait toujours été bonne jusqu'en 1827, qu'elle commença à éprouver un peu de gêne de la respiration, avec des battements de cœur, qui augmentaient lorsque la malade montait un escalier. Pendant l'été de 1827, étant occupée à pomper de l'eau, elle fut prise subitement d'une douleur derrière le sternum, accompagnée de battements de cœur violents et d'un sentiment de suffocation. La douleur augmenta de violence, et après être restée fixée pendant quinze jours au niveau de la partie antérieure et moyenne de la poitrine, elle devint lancinante, s'étendit au dos et s'accompagna d'une toux sèche; la malade prétend qu'il n'y avait pas de fièvre. Cette douleur persista pendant trois mois. Lorsqu'elle disparut, l'augmentation de la dyspnée empêcha la malade de se livrer à des occupations

pénibles. La toux et la difficulté de la respiration continuèrent ; seulement, elles variaient d'intensité suivant les saisons ; moins marquées pendant l'été, elles s'aggravaient pendant l'hiver. A la suite d'une attaque de choléra en 1832, ces symptômes augmentèrent beaucoup d'intensité. Dans les quatre dernières années de sa vie, outre l'affection thoracique, cette malade a éprouvé des douleurs utérines très-vives avec sensation d'efforts d'expulsion dans la région pelvienne, et parfois des rétentions d'urine. Il y a deux ans, il est survenu des pertes, reparaissant assez régulièrement toutes les trois semaines. Souvent, il y a eu de l'œdème des membres inférieurs.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade présentait les symptômes suivants : expression d'anxiété *des traits;* pas de céphalalgie ; intelligence complète ; débilité très-grande ; œdème des jambes et des pieds ; pouls à 90, plein, tendu, intermittent ; palpitations rappelées par le plus léger mouvement ; oppression, mais pas de douleur à la région précordiale.

Poitrine bien conformée, très-sonore à la percussion dans toute sa partie antérieure, à l'exception de la région du cœur ; son normal en arrière. Au niveau du cœur la percussion donne un son mat dans un espace qui comprend toute la longueur du sternum depuis le cartilage de la troisième côte, et latéralement borné par une ligne traversant le mamelon et s'étendant d'un pouce à droite de la partie moyenne du sternum, au bord de l'aisselle gauche. Impulsion du cœur très-forte ; rythme presque naturel ; premier son un peu rude, devenant un bruit de râpe très-intense au niveau du cartilage de la troisième côte et du tiers supérieur du sternum ; second bruit sourd et un peu prolongé.

Abdomen souple, indolore à la pression ; appétit bon ; les aliments sont généralement vomis quelques heures après

avoir été ingérés ; douleur lancinante à la région pubienne s'étendant jusqu'aux vertèbres lombaires ; dyspnée et oppression plus fortes la nuit ; elle est obligée de rester assise dans le lit.

(*Traitement* : saignée ; ventouses à la région précordiale ; pilules composées de poudre de camphre, 3 grains ; sulfate de morphine, un huitième de grain, à prendre toutes les deux heures ; teinture de digitale, dix gouttes ; diète lactée.)

Plus tard, on donna de petites quantités de pilules bleues et de scille. Au bout de quinze jours, il y eut une amélioration apparente. La malade pouvait prendre dans le lit une position plus horizontale ; l'œdème diminuait, le sommeil était plus tranquille, les paroxysmes nocturnes moins forts. Mais cette amélioration ne fut que momentanée : au bout de quelques jours, tous les symptômes reparurent avec une intensité plus grande. Les membres inférieurs s'infiltrèrent très-fortement ; l'orthopnée devint extrême, et la malade fut obligée de rester continuellement assise. L'impulsion du cœur était plus énergique, au point que lorsqu'on plaçait sa tête sur la région précordiale pour explorer cet organe, elle était soulevée avec force ; le premier bruit du cœur était de beaucoup le plus fort, mais on entendait le second très-distinctement au niveau du bord droit du sternum, entre les cartilages des 3e et 4e côtes ; le bruit de râpe était très-net et s'étendait le long du bord droit du sternum : il remplaçait le premier bruit. Ces symptômes du côté de la poitrine étaient accompagnés d'une douleur aiguë de l'utérus, avec expulsion de caillots de sang noir par le vagin. Les saignées générales et locales, l'administration du camphre et des narcotiques amenèrent un soulagement momentané. Mais vers le milieu de janvier, l'orthopnée devint continuelle, et la mort eut lieu le 26 de ce mois.

Autopsie 36 *heures après la mort.* Amaigrissement modéré; infiltration des membres inférieurs.

Thorax. Pas d'adhésion des poumons à la plèvre costale; ils sont crépitants et présentent à leur lobe supérieur des vésicules dilatées du volume d'un pois et même d'une noisette. Le parenchyme est d'une couleur grise très-foncée, semblable à de la mélanose. Les bronches contiennent du mucus épais, de couleur foncée, mais sans odeur.

Le *cœur* présente plus du double de son volume normal; les cavités droites sont plus dilatées que les gauches; les deux ventricules, le droit surtout, contiennent des caillots. Les parois du ventricule gauche ont sept lignes d'épaisseur; celles du ventricule droit ont leur épaisseur normale. Les valvules aortiques sont en partie ossifiées; la valvule mitrale épaissie, parsemée à son bord libre de concrétions cartilagineuses. Les valvules du cœur droit sont saines.

L'*aorte* paraît très-dilatée; en incisant, elle paraît formée par deux vaisseaux. L'interne est l'aorte proprement dite communiquant avec le ventricule gauche du cœur; elle est contenue dans un autre vaisseau d'un diamètre beaucoup plus considérable, qui, naissant vis-à-vis du grand sinus de Valsalva, accompagne l'aorte jusqu'à sa division en iliaques primitives; là, il se termine en cul-de-sac. L'aorte, ou canal intérieur, communique avec le canal extérieur par une fissure valvulaire d'un demi-pouce de long, à bords arrondis, qui traverse la membrane interne et une partie de l'épaisseur de la membrane moyenne de l'artère, et qui est située à environ un demi-pouce au-dessus des valvules semi-lunaires. Le vaisseau extérieur n'a de communication avec le cœur que par cette ouverture. L'innominée, la carotide et la sous-clavière gauche ont chacune une double ouverture communiquant avec les deux vaisseaux. L'innominée, près de son origine, est divisée en deux portions par

un septum, lequel se termine par un bord semi-lunaire à un pouce et demi au-dessus de l'aorte. Dans la carotide gauche, les deux vaisseaux existent dans une étendue de deux pouces; ils ont chacun une ouverture séparée, l'une dans l'aorte, l'autre dans le conduit extérieur. La sous-clavière gauche ne forme pas deux vaisseaux distincts: les orifices qui s'ouvrent dans l'aorte et dans le conduit anormal n'étant formés que par un septum valvulaire à l'embouchure de l'artère. Les intercostales du côté droit communiquent avec l'aorte, tandis que celles du côté gauche s'ouvrent dans le conduit extérieur. Les artères cœliaque, mésentérique supérieure et inférieure, rénale et autres, fournies dans l'abdomen au-dessus de la bifurcation de l'aorte, communiquent toutes avec le conduit intérieur. De nombreuses perforations établissent des communications entre les deux vaisseaux. Antérieurement, le vaisseau extérieur est composé de trois couches membraneuses: une externe celluleuse, une moyenne formée de fibres musculaires circulaires, et une interne ressemblant à une membrane séreuse, mais d'épaisseur et de couleur variables dans les différentes parties du vaisseau. La couche celluleuse et la couche musculaire se continuent sur la moitié postérieure de l'aorte, où la couche musculaire venant se confondre avec le tissu jaune élastique de cette artère, forme dans ce point sa tunique moyenne. La membrane interne du vaisseau extérieur, au contraire, se réfléchit sur la demi-circonférence antérieure de l'aorte, et les deux vaisseaux sont fortement unis par des brides fibreuses qui vont de l'un à l'autre. Après avoir coupé ces brides, on peut disséquer avec la plus grande facilité la membrane interne; elle est d'une couleur blanche terne, demi transparente, et emprunte évidemment aux couches sous-jacentes une légère teinte rouge. La structure de l'aorte ns sa demi-

circonférence postérieure est anormale ; en avant, le tissu jaune élastique est privé de fibres musculaires externes ; la couche celluleuse manque aussi, et est remplacée par la partie réfléchie de la tunique séreuse dont nous avons parlé plus haut. De nombreuses ossifications existent dans l'aorte entre les couches séreuse et élastique ; il n'y en a pas dans les parois du vaisseau extérieur. Immédiatement au-dessus de la bifurcation de l'aorte en iliaques primitives, le vaisseau extérieur cesse d'exister ; la couche musculaire rouge et le tissu jaune élastique s'unissent, se confondent dans toute la circonférence de l'aorte, et les iliaques ainsi que leurs branches présentent la structure normale des artères.

Abdomen. Estomac contracté, mais sain, excepté près du pylore, où ses parois sont épaissies, avec induration et hypertrophie des membranes musculaire et celluleuse. Intestin grêle à l'état normal. Plusieurs glandes du mésentère gonflées et squirrheuses. Dans le rein gauche se rencontrent des masses d'un demi-pouce de diamètre, d'une couleur blanche terne, d'un tissu dur, mais sans fibres apparentes.

Utérus d'un volume double de l'état naturel, induré, présentant dans quelques points, lorsqu'on le coupe, une surface blanche sans stries évidentes (*tissu lardacé*), tandis que d'autres points offrent des stries d'une couleur jaunâtre. Au col, près du museau de tanche, existe une portion ramollie de couleur crémeuse (encéphaloïde).

Réflexions. Quelle est l'altération que présente l'aorte dans ce cas ? Est-elle congénitale, ou le vaisseau extérieur est-il de formation récente ? C'est là une question fort intéressante à résoudre, et, pour y parvenir, j'ai soumis la pièce à l'examen de plusieurs anatomistes des plus distingués de cette ville. Voici la réponse que m'a adressée

habile professeur d'anatomie de l'université de Pensylvanie :

« J'ai de nouveau examiné la pièce que vous m'avez envoyée, et je suis plus que jamais porté à penser que la conformation de l'aorte a été normale d'abord, mais que plus tard, il s'est fait au niveau du sinus de Valsalva une déchirure des membranes interne et moyenne ; que du sang s'est introduit au dessous de la tunique moyenne, de manière à la détacher de la tunique moyenne dans la demi-circonférence du vaisseau, jusqu'à la fin de l'aorte, et à produire une altération semblable à l'origine des gros troncs qui naissent de la crosse de l'aorte.

» La texture de l'artère qui a été si bien développée par l'altération, les liens fibreux, semblables aux cordes tendineuses des valvules, et les orifices réguliers des artères intercostales, tout prouve l'ancienneté de la maladie.

» On ne peut que faire des conjectures sur l'époque de la vie à laquelle une modification si remarquable a pu se produire ; si c'est après la naissance, elle a dû être fort lente dans sa marche, pour que l'économie ait pu s'accommoder à un pareil changement.

W. E. Horner.

Des dissections ultérieures ont fait reconnaître l'identité de structure de la tunique moyenne du vaisseau externe ou anévrismal et de celle de l'aorte, ainsi que leur intime union dans la demi-circonférence postérieure du vaisseau. Cela nous fit penser que le sang qui s'était infiltré par la déchirure près du sinus de Valsalva n'avait pas pénétré à travers toute l'épaisseur de la tunique moyenne de l'aorte, mais avait séparé la couche externe de la couche interne. Afin de s'assurer si une semblable séparation pouvait être produite par un liquide poussé entre les couches de la tunique moyenne, nous avons fait des expériences. Un petit

tube à extrémité capillaire fut introduit dans l'épaisseur de cette tunique, et de l'eau fut poussée avec force dans une direction parallèle aux parois du vaisseau. Le résultat fut que la tunique moyenne se sépara en trois couches distinctes. D'après ces faits, le docteur Horner adopta avec moi l'opinion que le vaisseau artificiel était le résultat du décollement des deux couches de la membrane moyenne, et que la membrane interne était formée par une fausse membrane qui avait pris l'aspect séreux.

Ce cas peut, par conséquent, être regardé comme l'analogue des faits d'anévrisme disséquant rapportés par Morgagni (De sedibus et causis morborum, epist. LVIII, n° 13), Nicholls, Laennec (Auscultation médiate, troisième édit., t. III); Gutterie (On diseases of the arteries, p. 43); Maclacklin (Glascow medical journal, feb. 1828, p. 81); Shekelton (Dublin hospital reports, p. 3); mais il en diffère en ce que l'anévrisme était ici formé entre les deux lames de la tunique moyenne, et en ce que le sang qui passait dans le vaisseau anormal fournissait aux artères intercostales du côté gauche. Mes recherches pour trouver un cas semblable ont été infructueuses, et si ce fait n'est pas unique, au moins doit-il être extrêmement rare. La lésion remarquable de l'innominée et de la carotide gauches, qui consiste en ce que le sang, après avoir séparé les tuniques de ces vaisseaux, comme pour l'aorte, rentre dans le canal normal de ces artères par une autre déchirure, se retrouve dans les deux cas de M. Shekelton.

Quant à l'époque à laquelle a commencé la lésion, je suis porté à penser, d'après les circonstances de l'observation, que la déchirure près du sinus de Valsalva a dû se faire huit ans avant la mort, pendant que cette femme faisait de violents efforts musculaires en pompant de l'eau.

(*The american journal of the medical sciences*. Nov. 1838.)

III. — *Anévrisme disséquant observé à son début;* par le docteur P.-B. GODDARD, démonstrateur d'anatomie à l'université de Pensylvánie. — En janvier 1836, le docteur W. Harris me chargea de faire l'autopsie d'une femme qui avait succombé dans les circonstances suivantes : cette femme, cuisinière dans une maison respectable de cette ville, se trouva subitement indisposée vers cinq heures du soir, pendant qu'elle était fort occupée, et se plaignit de faiblesse et d'oppression à la région du cœur. On envoya aussitôt chercher le docteur Harris, qui la fit saigner : il s'ensuivit un soulagement notable. Il la revit dans la soirée, et la trouva un peu faible ; mais il n'existait aucun symptôme qui pût faire craindre un danger immédiat. Mais, pendant la nuit, on vint le chercher, et il la trouva mourante : elle succomba vers minuit.

A l'autopsie, on trouva le péricarde distendu par du sang noir, fortement coagulé, du poids d'environ huit onces.

Le cœur était volumineux et gras, mais sa structure était partout normale ; la membrane interne avait une couleur jaunâtre et était parsemée çà et là de petites plaques d'ossifications. A environ trois quarts de pouce au-dessus des valvules semi-lunaires se trouvait une rupture transversale de près d'un pouce de long, intéressant la moitié de l'épaisseur de la tunique moyenne de l'artère. De ce point partait en haut et en bas un canal produit par la séparation des couches de la tunique moyenne dans la moitié de la circonférence de l'aorte. Le canal supérieur suivait la courbure de l'aorte, et descendait jusqu'à l'origine de la huitième artère intercostale; il s'étendait aussi de quelques pouces entre les tuniques de l'innominée, de la carotide et de la sous-clavière gauche. Il en était de même pour quelques-unes des inter-

cossales. Comme les parents mettaient obstacle à nos recherches, nous ne pûmes nous assurer jusqu'où s'étendait l'altération des gros vaisseaux du cou.

Tout le canal que je viens d'indiquer était rempli par un caillot de sang noir. Le canal inférieur, qui paraissait de date plus récente, et qui, probablement avait amené la mort, s'étendait de la fissure au point de jonction de la couche fibreuse du péricarde avec l'origine de l'aorte. En ce point, il y avait eu rupture du feuillet séreux, et par là le sang s'était fait jour dans sa cavité.

Cette femme était grasse, bien développée, et jouissait avant l'accident d'une parfaite santé. Tous les autres organes de la poitrine et du ventre étaient sains. Le cerveau ne fut pas examiné.

Il est à croire que si la déchirure ne s'était pas étendue au péricarde, cette femme eût pu vivre, et qu'une membrane séreuse de nouvelle formation se fût formée et eût, au bout de quelques années, présenté le même aspect que celle rencontrée par le docteur Pennock. Il y a un point d'analogie très-remarquable : on trouve dans le cas du docteur Pennock qu'aux angles de réunion des deux canaux existent des filaments revêtus par la séreuse. Ces filaments, mais plus déliés, se retrouvent dans le cas présent.

(*The american journal of the medical sciences*, nov. 1838.)

IV. — *Blennorrhagie; rhumatisme de différentes articulations; ophthalmie*; par M. Lawrence, chirurgien de l'hôpital St-Barthélemy. — Le sujet de cette observation est un homme de trente-six ans, de taille moyenne, qui a des cheveux bruns et des yeux bleus. Son père, qui était de constitution délicate et très-goutteux, est mort à soixante-dix ans. Sa mère, qui était affectée d'une maladie du cœur avec palpitations, ne vécut que jusqu'à trente ans. Notre

malade paraît avoir joui d'une bonne santé : dans sa jeunesse seulement, il a eu des palpitations. Depuis l'âge de quatorze à quinze ans, il s'est livré à toutes sortes d'excès : il a été grand buveur, de vin surtout, bien qu'il ne se fît pas faute de liqueurs alcooliques et fermentées. Jamais ces excès n'ont agi sur sa tête : lorsqu'il y a eu des accidents, ç'a été du côté de l'estomac et des intestins. En 1821 et 1822, il contracta quatre ou cinq blennorrhagies simples. A la fin de 1822, après un souper où il avait bu avec excès, il retourna chez lui par une neige des plus épaisses. Il fut pris la nuit même de douleurs violentes dans la hanche droite, puis d'une fièvre rhumatismale générale, qui le retint au lit pendant six semaines. A peine en convalescence, il contracta une nouvelle blennorrhagie, et comme il se trouvait dans sa famille, et qu'il voulait que sa maladie restât un secret, il prit du baume de copahu à haute dose. Il survint une vive inflammation du genou droit, qui avait, dit-il, le volume de la tête d'un adulte, était rouge et si douloureux, que le plus léger mouvement était insupportable. L'articulation resta longtemps gonflée et douloureuse. Il resta au lit deux mois, et fut incapable de marcher pendant plus de six mois. On appliqua deux fois des sangsues et l'on maintint constamment sur la partie des fomentations. Avant d'être tout-à-fait remis, il fit un assez long voyage la nuit, pendant l'hiver, placé à l'extérieur d'une diligence. Une attaque très-intense de fièvre rhumatismale en fut le résultat, et le retint à la maison pendant cinq mois. En 1827, il se rétablit lentement. En 1828, nouvelle blennorrhagie suivie de rhumatisme général de six semaines de durée. Au commencement de 1829, l'œil droit fut atteint d'une inflammation grave : il y avait une rougeur des plus intenses, avec des douleurs atroces et perte de la vue. Les paupières restèrent fermées pendant six jours ; l'opi-

thalmie dura six semaines. On fit des applications de sangsues, on administra des purgatifs et la vue se rétablit lentement. Au mois de mars 1830, une nouvelle ophthalmie eut lieu, mais plus légère. Vers cette époque, il se maria, et huit mois après, il fut repris d'inflammation de l'œil droit. Il se borna à l'usage de lotions. Mais au mois d'août 1831, l'œil fut de nouveau enflammé : des sangsues furent appliquées, et la maladie dura un mois. En 1832 et 1833, nouvelles attaques d'ophthalmie. Au mois d'octobre 1837, ophthalmie qui dura trois semaines. Au mois de décembre, le malade contracta une blennorrhagie. Après qu'elle eut duré quelque temps, on la combattit par la liqueur de potasse et les bains chauds : quinze jours après l'apparition de l'affection urétrale, survint une fièvre rhumatismale très-violente. Les deux genoux furent pris, le droit surtout, ainsi que les épaules, les poignets et les chevilles des pieds. On fit sur les genoux des frictions mercurielles, d'après l'avis d'un médecin de Paris (le malade était dans cette ville) : il survint de la salivation, et les genoux s'amendèrent. La blennorrhagie cessa par l'emploi du copahu; le rhumatisme dura jusqu'au mois de juillet. Bientôt l'écoulement urétral reparut sans que le malade se fût exposé à une nouvelle infection. Le malade se livrait alors à son goût pour la table, quoique se sentant un peu de fièvre. Il fit un long voyage : un de ses pieds se gonfla et devint douloureux. Il se hâta de revenir à Londres, et fut pris d'un rhumatisme occupant les genoux, les pieds, les épaules et les poignets. Lorsque je vis le malade pour la première fois, il était sur le déclin des symptômes les plus aigus. Il était pâle, faible, amaigri. Le genou droit était énormément tuméfié par suite d'un épanchement dans l'articulation. Le gonflement et la fluctuation s'étendaient à plus de quatre pouces au-dessus de la rotule ; le genou gauche était moins gravement affecté.

Tous deux étaient un peu chauds et tuméfiés. Il y avait de la raideur ; mais cependant les articulations étaient plus mobiles qu'on ne l'aurait pensé. Il n'y avait que peu de chose aux pieds et aux épaules. L'écoulement urétral continuait et s'accompagnait d'un peu de douleur. Je fis tirer quatorze onces de sang par des ventouses appliquées au genou, et je prescrivis de petites doses de mercure avec la chaux (hydrargyrum cum cretâ), une alimentation légère, mais nourrissante, et l'usage modéré des boissons fermentées. Au bout de quelques jours, à ces moyens je substituai de l'hydriodate de potasse et la décoction de salsepareille composée. Une amélioration rapide suivit l'emploi de ce traitement, et malgré ma recommandation au malade de ne pas s'occuper de son écoulement, il voulut absolument le combattre. Il prit du copahu et fit usage d'injections astringentes. Je cessai de le voir. Malgré le gonflement encore considérable des genoux, il marchait si bien, qu'on n'aurait pu soupçonner qu'ils fussent malades. Au bout de dix jours environ, il m'envoya chercher : l'écoulement de l'urètre avait cédé aux moyens employés ; mais deux jours après sa disparition, il était survenu une inflammation grave de l'œil droit. Le genou droit était aussi devenu plus douloureux : je trouvai une inflammation de l'iris et de la sclérotique, avec rougeur de celle-ci, ainsi que de la conjonctive et décoloration de l'iris qui avait pris une teinte verdâtre sale ; il y avait intolérance de la lumière, écoulement continuel des larmes, douleur très-forte, et perte de la vue. Je fis appliquer deux fois des ventouses à la tempe, puis des sangsues et un vésicatoire à la nuque. Des fomentations opiacées furent employées sur l'œil. Après plusieurs purgatifs, je lui fis prendre pendant quelques jours de petites doses de mercure avec la chaux, puis je revins à l'hydriodate de potasse et à la décoction de salsepareille. Aujour-

d'hui, trois semaines après le commencement de l'ophthalmie, la douleur a cessé, la rougeur est presque nulle, et la vue très-améliorée. Les articulations sont tout-à-fait indolores. L'écoulement de l'urètre a reparu, mais peu considérable.

(Le malade m'a fait observer que dans l'observation précédente, trois ou quatre blennorrhagies et deux syphilis ont été oubliées.)

Il est peu de cas qui démontrent d'une manière plus frappante la liaison qui existe souvent entre la blennorrhagie, le rhumatisme et l'ophthalmie.

(*London médical gazette*, 5 janv. 1839.)

V. — *Apoplexie produite par la rupture d'un anévrisme de l'une des branches de l'artère cérébrale moyenne; mort au bout d'une demi-heure*; par John Burne, médecin de l'hôpital de Westminster. — William Juck, âgé d'environ trente-cinq ans, était entré à l'hôpital le 9 octobre 1838, pour une hématémèse. Deux heures après son entrée, il traversait la salle, lorsqu'il cria qu'il avait une horrible douleur de tête, et tomba sans connaissance. Il fut vu immédiatement par l'apothicaire de la maison, qui le trouva privé de connaissance, dans un état comateux, avec la respiration lente et profonde, mais non stercoreuse; pas de convulsions ni de mouvements musculaires. Il succomba une demi-heure après l'attaque. Il avait paru mourant dès l'instant où il était tombé.

Autopsie 12 heures après la mort. — En enlevant la calotte du crâne, il s'écoula par les déchirures de la dure-mère environ trois onces de sérosité sanguinolente. La dure-mère incisée, on trouva à la surface des deux hémisphères du cerveau, surtout du droit, une couche épaisse de sang noir coagulé. Cet épanchement sanguin siégeait dans la ca-

vité de l'arachnoïde. Ayant enlevé le cerveau, on vit à la base du crâne de la sérosité rougeâtre, mais pas de caillots. Les artères de la base du cerveau, examinées avec soin, furent trouvées saines ; seulement, la vertébrale gauche n'avait guère que la moitié de son volume normal. En suivant le tronc de l'artère cérébrale moyenne dans la scissure de Sylvius du côté droit, ainsi que ses principales branches dans les anfractuosités du cerveau, on finit par découvrir à la partie supérieure externe et antérieure du lobe moyen de l'hémisphère droit, dans une circonvolution, un petit anévrisme formant une petite tumeur ronde, du volume d'une chevrottine, placée à la surface du cerveau, immédiatement au-dessous de l'arachnoïde. Il y avait eu rupture de la poche anévrismale à sa partie supérieure, et du feuillet de l'arachnoïde qui la recouvrait. Le sang s'était épanché dans la cavité arachnoïdienne. Les parois du sac anévrismal étaient blanches et avaient une demi-ligne d'épaisseur et une consistance presque cartilagineuse ; le sac formait une petite sphère creuse, lisse et polie. Au fond, on apercevait l'ouverture circulaire de l'artère aux dépens de laquelle il s'était formé. Le cerveau lui-même était sain. Le foie était induré au premier degré ; la rate hypertrophiée ; l'estomac très-vasculaire. Organes de la poitrine tout-à-fait sains.

(*London medical gazette*, 22 déc. 1838.)

VI.—*Abcès du foie ouvert dans l'estomac, puis dans le péricarde; péricardite; pleurésie;* par le docteur GRAVES, médecin de l'hôpital de Méath. — Anne Walker, âgée de vingt-cinq ans, fut prise tout-à-coup, sans cause connue, dans la nuit du 16 septembre, d'une violente douleur dans tout l'abdomen, s'étendant aux lombes et au dos ; rien n'avait précédé, rien n'accompagnait cette douleur. Saignée, non

suivie de soulagement; répétée le lendemain elle procure un peu d'amélioration, fomentations tièdes sur le ventre. Cependant, pendant toute la journée du 14, la douleur fut insupportable. Décubitus sur le dos, les cuisses fléchies sur le tronc; le moindre mouvement cause une exacerbation de la douleur. Celle-ci est lancinante, semble partir de l'épigastre et s'étendre jusqu'au pubis; latéralement elle gagne les hypochondres et même la région lombaire. Depuis le commencement de la maladie il y a eu insomnie, soif continuelle et un goût désagréable et nauséabond dans la bouche; les traits de la figure sont grippés, la langue blanche et humide, la peau moite; le pouls à 128, petit et filiforme, la respiration à 54; aucun phénomène morbide n'existe dans la poitrine: le cœur bat avec rapidité; les traits sont naturels. L'abdomen est dur et tendu, excessivement douloureux: la plus légère pression fait pousser des cris à la malade. Ventre libre; urine rendue en quantité régulière. Application des sangsues répétée les jours suivants. Puis on tenta, mais en vain, d'amener la salivation en administrant du calomel à doses repétées).

Les jours suivants, la douleur abdominale diminue progressivement, il survient de la tuméfaction dans l'hypochondre droit et à l'épigastre, on y sent de la fluctuation, la percussion y fournit un son mat.

Le 20, paraissent des selles nombreuses de matières liquides, noirâtres, accompagnées de coliques, frissons très-forts; douleurs dans le dos, respiration précipitée à 44 par minute; pouls à 132, petit et dur.

Le 24. Amélioration de l'état général. La malade se plaint surtout de douleurs lancinantes suivant le trajet de la colonne vertébrale. Lorsqu'on percute la tumeur de l'hypochondre droit, elle rend un son clair, tympanique. On ne reconnaît plus la fluctuation observée le 19.

Les choses restent à peu près dans le même état jusqu'au 1er octobre. Ce jour-là il survient des coliques et de nombreuses selles liquides, la tumeur abdominale est à peine perceptible, elle ne fournit à la percussion qu'un son assez peu clair.

Le 2. La diarrhée persiste; la tumeur abdominale a disparu; dans le point qu'elle occupait il n'y a plus de résonnance tympanique. Même état les jours suivants.

Le 9. La malade a été prise hier d'une douleur extrêmement vive à la région cardiaque. Pendant la nuit elle a eu de violents battements de cœur et une chaleur brûlante au-dessous du sein gauche. Elle ne sait à quelle cause attribuer ces accidents. La percussion donne un son clair dans toute l'étendue de la poitrine, excepté en bas et au milieu de la moitié gauche. Faible dans ces deux points, la respiration est partout ailleurs pure et bruyante; l'impulsion du cœur est faible mais perceptible. A un demi-pouce au-dessous de la mamelle, les deux bruits du cœur sont confus et l'on entend un léger bruit de soufflet; en avançant à droite il devient plus rude et se transforme en bruit de cuir, accompagnant les deux bruits du cœur. Entre le sternum et la mamelle il est plus fort encore; la pression augmente graduellement ces phénomènes, et lorsqu'elle est forte il se produit un frottement très-bruyant qui couvre les deux bruits, surtout le premier. La suspension de la respiration les rend aussi plus distincts.

Le 10. Les bruits anormaux s'étendent maintenant jusqu'au milieu du sternum, à la région cardiaque et latéralement: partout ils conservent le même caractère. Le son est entre le bruit de soufflet et le bruit de scie, masque en grande partie le premier bruit du cœur, et accompagne le second qui reste distinct. Immédiatement au-dessous de la mamelle, en même temps que ces bruits, et ne s'enten-

dant que par moments, existe un tintement métallique particulier, qui semble produit par la chute de gouttes de liquide dans le péricarde ou autour de lui. En comprimant la région du cœur on le fait disparaître, tandis qu'on modifie complètement les autres bruits.

Le 11. La malade va s'affaiblissant, l'impulsion du cœur est plus faible, la main placée sur la région précordiale perçoit une sensation de frottement. Le bruit a aujourd'hui le caractère du craquement de l'emphysème, il est très-fort et masque les deux bruits du cœur. Il est plus distinct au niveau des deux tiers inférieurs du sternum, il s'étend aussi au niveau de la mamelle gauche. Le tintement métallique de ce bruit qui semble produit par la chute de gouttes de liquide, observé hier, est plus net et plus distinct, mais il revient d'une manière fort irrégulière.

Le 12. C'est aujourd'hui un tintement métallique très-sonore, revenant à chaque battement de cœur, dans les points où l'on entendait auparavant le bruit de craquement et les autres bruits anormaux. Il masque tous les autres phénomènes observés jusqu'ici, excepté un léger bruit de soufflet au niveau du mamelon du sein gauche. On ne peut sentir l'impulsion du cœur. Mort à 10 heures au soir.

Autopsie 12 *heures après la mort.* — La percussion sur la partie antérieure de la poitrine donne un son clair, surtout à la région précordiale; le sternum enlevé, on trouve les deux poumons affaissés, surtout le gauche; dans la plèvre de ce côté, une pinte de liquide sero-purulent. De faibles adhérences unissent les deux poumons avec la face externe du péricarde, et la base de ces deux organes avec le diaphragme. Le péricarde paraît volumineux; on y sent une petite quantité de fluide.

Ayant ouvert les parois abdominales, on vit dans le lobe gauche du foie la cavité d'un vaste abcès, de forme arron-

dic, d'environ 8 pouces de circonférence, borné antérieurement par la paroi antérieure de l'abdomen et le cartilage ensiforme : sa paroi postérieure est formée par la substance du foie ; en haut il est en rapport immédiat avec la face inférieure du diaphragme, et le ligament suspenseur sert à l'isoler du lobe droit. Une portion de l'estomac paraît au-devant du bord tranchant du foie ; et près de l'orifice existe une perforation circulaire à bords arrondis et lisses, d'environ 3/4 de pouce de diamètre, communiquant directement avec l'abcès. L'estomac est intimement uni au lobe gauche du foie par son bord concave ; près de la région cardiaque, il y a deux ouvertures : l'une un peu ovalaire, d'un demi-pouce de diamètre, communique avec l'abcès par une espèce de canal capable d'admettre le bout du petit doigt, et séparé de la seconde perforation par une bande épaisse, membraneuse, formée par l'estomac. La seconde perforation, plus rapprochée de l'œsophage, ne communique pas avec l'abcès. La surface de celui-ci est irrégulière, parsemée de dépressions et d'élévations. Sa couleur est d'un jaune grisâtre, sa substance crémeuse et molle. Elle a au moins 3/4 de pouce d'épaisseur; au-dessous on retrouve le tissu du foie avec son aspect ordinaire. Il est impossible d'en séparer le foyer purulent.

A l'endroit où le péricarde s'unit au diaphragme il existe une perforation assez grande pour laisser passer le doigt médius, et faisant communiquer directement l'abcès avec le péricarde ; les bords en sont déchirés et inégaux. Dans la cavité du péricarde existent environ 2 onces de liquide jaunâtre contenant des flocons pseudo-membraneux. Le péricarde a quadruplé d'épaisseur, mais paraît également dense dans toutes ses parties ; sa face externe est très-vasculaire ; son intérieur est enflammé, parsemé de nombreux points rouges, quelques-uns du volume d'une tête

d'épingle; ailleurs ils forment des arborisations. La séreuse a perdu son poli et paraît inégale; en plusieurs points elle est revêtue d'une couche de fausse membrane organisée. On rencontre aussi sur plusieurs points, surtout près de l'origine des vaisseaux, de petits corps granuleux, demi-transparents, semblables à des grains de millet, ou à l'éruption de sudamina : ils donnent à la surface du péricarde un aspect chagriné; mais en les raclant on retrouve au-dessous la membrane séreuse. — Le cœur est d'un rouge clair; sa surface est couverte, comme le péricarde, de granulations demi-transparentes, plus nombreuses sur les oreillettes et à la base du cœur. Les deux oreillettes sont unies aux ventricules par des brides de lymphe plastique, très-fortes et très-épaisses. Il existe quelques tubercules crus au sommet des deux poumons. Il n'y a pas d'adhérences entre le péritoine et les intestins, non plus qu'entre les circonvolutions intestinales entre elles.

(*Dublin Journal.* Janvier 1839.)

VII. *Observations de névralgie du testicule;* par le docteur Graves. — Depuis un an, le docteur Graves a eu occasion de voir deux cas de cette affection, en général très-rare. Le premier est chez un homme d'un tempérament nerveux, très-irritable, qui s'était livré à des excès de travail et de dissipation. Chez lui, les accès de douleur n'observaient pas de périodicité marquée, mais revenaient chaque jour à des intervalles irréguliers, qui devinrent progressivement plus courts, jusqu'à ce qu'il n'y eut presque plus de repit ni jour ni nuit. Il n'y avait pas de fièvre, ni la plus légère trace de congestion locale ou d'inflammation. Pendant le paroxysme, le malade se jetait à terre et s'y roulait au milieu des plus horribles souffrances, tout couvert d'une sueur froide. La maladie céda à de fortes doses de carbonate

de fer, récemment préparé, et à des onctions répétées sur le testicule et sur le cordon avec la pommade de belladone. — Le deuxième exemple de névralgie du testicule s'est présenté chez un sujet affecté de douleurs névralgiques erratiques de nature évidemment goutteuse. Chez lui la douleur du cordon et du testicle revenait chaque jour à 4 heures de l'après-midi, et durait plusieurs heures. Bien que très-forte elle ne pouvait se comparer à celle qui existait chez le sujet précédent. Quelquefois cependant elle était assez vive pour lui faire pousser des cris déchirants. Au bout de quelques jours, cette névralgie du testicule disparut, et fut remplacée par une douleur violente dans les lombes et l'hypochondre droit. Cette douleur céda au traitement local ordinaire et à l'usage interne du colchique.

(*Dublin Journal.* Janvier 1839).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Janvier 1839.)

Recherches sur les nerfs du goût. — Non-contagion de la peste. — Structure intime des os.

SÉANCES DES 21 ET 28 JANVIER. — *Recherches sur les nerfs du goût* — MM. Jules Guyot et Cazalis font connaître les résultats des expériences qu'ils ont entreprises pour déterminer le rôle des trois nerfs hypoglosse, lingual et glosso-pharyngien, relativement à l'exercice du goût et à la perception des saveurs.

On sait que le sens du goût réside presque exclusivement

dans la base de la langue, sa pointe, ses bords et une partie du voile du palais, immédiatement au-dessus de la luette. La base de la langue perçoit mieux les saveurs que la pointe, la pointe mieux que les bords, les bords mieux que le voile du palais. La base de la langue connaît des saveurs que la pointe n'apprécie point, et réciproquement la pointe de la langue trouvant une certaine saveur (acide, par exemple) à un corps composé, la base peut lui trouver une saveur toute opposée.

A quels nerfs attribuer l'existence de ces faits? Quatre seulement se distribuent aux organes gustateurs : l'hypoglosse, le lingual, le glosso-pharyngien et les branches palatines du ganglion de Meckel; leurs propriétés peuvent donc être solidaires. Cette supposition, déjà faite, a donné lieu à des recherches expérimentales, dont quelques-unes sont dues à M. Magendie. Une de celles-ci est la section de la cinquième paire, dont une conséquence est la destruction du goût. On connaît aussi les recherches faites en Italie par M. Panizza, et en Angleterre, par M. Alcok, sur les propriétés spéciales du nerf hypoglosse, celles du nerf lingual et celles du glosso-pharyngien. Ces deux physiologistes n'étant pas arrivés aux mêmes conclusions, il était nécessaire de répéter leurs expériences : c'est ce qu'ont fait MM. Guyot et Cazalis. Leurs observations, dans le plus grand nombre des cas, s'accordent parfaitement avec celles de M. Alcok. Voici, au reste, ce qu'ils ont trouvé :

1° Que le glosso-pharyngien, mis à découvert à la sortie du crâne en arrière de l'hypoglosse, dont il est séparé par la carotide, est extrêmement sensible lorsqu'on le tiraille, qu'on le coupe; qu'il entraîne alors des mouvements convulsifs de la base de la langue et du pharynx; que sa section entraîne une grande altération dans la déglutition; qu'elle n'abolit point le sens tout entier; qu'elle permet à

certaines saveurs très-mauvaises de passer inaperçues, tandis que d'autres, beaucoup moins déplaisantes, sont très-bien distinguées;

2° Que le lingual est aussi très-sensible à la piqûre, aux tiraillements, etc., mais sans qu'il en résulte de mouvements convulsifs; que sa section entraîne l'abolition de la sensibilité tactile de la langue et de ses facultés gustatives dans ses trois quarts antérieurs; mais que si l'on pince où cautérise la base, la sensibilité s'y manifeste, et des efforts de régurgitation sont produits;

3° Que l'hypoglosse est peu sensible aux pincements et tiraillements, mais que ces actes entraînent des mouvements convulsifs de la langue; que la section de ces nerfs paralyse entièrement les trois quarts antérieurs de la langue en y laissant persister le goût et la sensibilité.

Extrait d'une lettre du docteur Clot-Bey à M. le docteur Chervin, sur la non-contagion de la peste.

Caire, 30 novembre 1838.

Monsieur et très-honoré confrère,

..... Il me tient à cœur que la vérité, que la cause de l'humanité que vous défendez avec tant de zèle et de talent, finisse enfin par triompher. Mes lettres, il est vrai, ne vous sont pas d'un grand secours; je ne vous donne pas de faits sur la peste, je n'aborde pas même théoriquement la question; ma maladie et mes absences ne m'ont pas donné le temps de mettre la dernière main à mon travail, qui, j'espère, ne tardera pas à être achevé. Du reste, je ne suis pas fâché d'avoir tardé si long-temps; car j'ai pu recueillir de nouveaux matériaux, et mon voyage en Syrie m'en a fourni de très-importants. D'un autre côté, j'ai pu voir les opinions publiées par quelques personnes, et je vous affirme

que j'ai, de plus en plus, des motifs pour me déclarer contre les absurdes théories que quelques hommes encroûtés ou de mauvaise foi soutiennent.

J'ai regretté souvent que vous ne vous soyez pas trouvé ici pendant la dernière épidémie. Je fais des vœux pour que l'Égypte soit préservée à jamais de ce fléau ; mais si la peste, comme cela est à craindre, venait à s'y montrer, je vous engagerais alors à venir vous joindre à nous, quoique les expériences faites sur les lieux, sous une influence météorologique, aient bien peu de valeur. Je pense, comme vous, que c'est hors des localités où la maladie se déclare qu'il faudrait expérimenter ; mais pourra-t-on jamais obtenir cela tant qu'on sera livré à l'arbitraire des administrations sanitaires, où il n'y a que des hommes stationnaires, entichés des vieilles doctrines, et que le seul nom de peste fait trembler ?

Il se passe, dans ce moment, quelque chose de fort intéressant dans le comité de santé d'Alexandrie, formé par les consuls des différentes puissances. L'un d'eux, M. Thorbon, consul anglais, vient d'adresser un mémoire à ses collègues, qui est aussi bien pensé que bien écrit, dans lequel il prouve que depuis sept ans que les quarantaines sont établies en Égypte, elles n'ont produit aucun résultat avantageux, et qu'au contraire il en est résulté des maux très-graves. Les convictions de M. Thorbon sont si profondes qu'il déclare qu'il se retirera de la commission si elle continue à marcher d'après les anciens errements. Ce magistrat, âgé de près de soixante ans, aussi recommandable par ses qualités personnelles que par son savoir, est d'un caractère calme ; il habite le Levant depuis trente ans, et l'on ne peut, par conséquent, l'accuser de légèreté ni d'ignorance. Ce mémoire a été envoyé par la commission au conseil-général de santé du Caire, qui s'est adjoint six collabora-

teurs, qui, comme nous, ont vu la peste, afin de répondre aux questions qui sont traitées dans cet important travail.

J'ai beaucoup vu ici le docteur Bowring, connu par ses travaux en économie politique et par les missions importantes dont il a été chargé par le gouvernement anglais. Le docteur Bowring a fait aussi des recherches sur la peste, et s'est convaincu de plus en plus de ce qu'ont de barbare, d'inutile, de vexatoire et de fiscal les institutions sanitaires telles qu'elles sont établies. Il s'est fortement prononcé sur ce point dans les réunions populaires dans lesquelles il s'est trouvé en Angleterre, et surtout dans l'assemblée générale de New-Castle, tenue le 19 août dernier, présidée par le duc de Northumberland, et à laquelle assistait une foule de savants.

Ainsi, mon cher confrère, nous avons la satisfaction de voir diminuer chaque jour le nombre des contagionistes, et j'espère que l'époque n'est pas très-éloignée où nous verrons, sinon supprimer les quarantaines, du moins réformer ce qu'elles ont de plus absurde.

Veuillez bien agréer, etc.

CLOT-BEY.

Structure intime des os. — M. Breschet fait, en son nom et au nom de M. Serres, un rapport sur un mémoire de M. Gerdy concernant ce sujet.

Le rapporteur commence par tracer l'histoire des différentes recherches relatives à la structure des parties osseuses ; et rappelant les discussions élevées en Italie entre Scarpa et Médici, ainsi que les travaux de Retzius, de Deutsh, de Purkinje, de Muller, de Miescher, etc., il en conclut que tout n'est pas encore connu sur la structure des os; puis il s'occupe de déterminer ce qu'a ajouté M. Gerdy aux notions résultant des recherches de ses devan-

ciers. Les résultats auxquels pourrait être arrivé M. Gerdy, peuvent être résumés dans les sept propositions suivantes :

1° L'apparence fibreuse du tissu compacte des os considérés dans l'état sain est due à des sillons vasculaires.

2° Ces sillons sont longitudinaux dans les os longs, rayonnés et divergents dans certains os plats.

3° Le tissu compacte est composé de canalicules vasculaires adhérents les uns aux autres, et divisés comme les sillons qui viennent y aboutir.

4° Le tissu spongieux des auteurs est composé d'un tissu canaliculaire, d'un tissu réticulaire et d'un tissu celluleux.

5° Le tissu canaliculaire loge des vaisseaux dans une foule de canalicules à peu près parallèles et longitudinaux dans les os longs.

6° Le tissu réticulaire est formé de filets autour desquels les vaisseaux s'anastomosent.

7° Enfin, le tissu celluleux, assez diversifié dans sa disposition, suit cependant certaines lois générales.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Janvier 1839).

De la mortalité et de la folie dans les prisons. — Élection de M. Jolly à l'Académie. — Renversement complet de l'utérus. — Nouvel appareil utéro-vaginal. — Tournis chez l'homme. — Luxation congénitale du fémur. — Empoisonnement par l'acide arsénieux. — Introduction de l'air dans les veines.

SÉANCE DES 3 ET 8 JANVIER. — *De la mortalité et de la folie dans les prisons.* — M. Esquirol fait un rapport favorable sur un travail de M. Moreau (Christophe) relatif aux causes

de la mortalité et de la folie dans les prisons. L'auteur a visité soigneusement les prisons de l'Amérique du Nord et de plusieurs localités du vieux continent ; il a pris note des conditions les plus essentielles des prisonniers en particulier, du régime pénitencier, et de la proportion de leur mortalité et de leurs maladies. Il arrive à cette conclusion que de tous les systèmes pénitenciers, celui qui a pour principe l'isolement absolu de jour et de nuit des prisonniers, donne la moindre proportion de maladies mentales et de mortalité.

En Amérique, où ce système a été adopté, la chose a été de la dernière évidence. L'expérience a prouvé que la vie commune des prisonniers est une cause très-puissante de corruption, et que les plus grands crimes sont commis par des hommes qui ont habité les prisons. Cette corruption est elle-même d'ailleurs une cause très-énergique d'aliénation mentale.

L'isolement au contraire de jour et de nuit, avec travail, est non-seulement propre à prévenir la peste funeste de la corruption, mais encore à corriger certaines mauvaises dispositions, et rendre bons sujets des hommes autrefois égarés. L'expérience a prouvé effectivement que le système cellulaire ne nuit nullement à la santé, si toutefois les cellules sont construites au-dessus du sol, bien aérées et bien éclairées, et si les prisonniers sont bien traités d'ailleurs, ainsi que cela a lieu en Amérique. L'auteur fait des vœux pour que ce régime pénitencier soit adopté en Europe, et il décrit les espèces d'exercices gymnastiques qu'il serait utile d'introduire dans les prisons. C'est là, du reste, un immense problème de civilisation que les habitants du Nouveau-Monde ont parfaitement résolu, et dont l'humanité, sur notre continent, attend encore avec impatience l'accomplissement.

Conclusion. — Envoi du mémoire au comité de publication.

M. Deslongchamps : L'auteur du mémoire, est dans l'erreur en disant qu'une des causes de maladies chez les prisonniers d'Amérique était la quantité trop forte d'aliments, 124 onces par jour. Nous savons en effet que dans nos campagnes, par exemple, les paysans en mangent une quantité beaucoup plus forte sans en être incommodés.

M. Nacquart : La quantité nécessaire d'aliments pour l'entretien normal des fonctions doit varier selon les climats, les habitudes des hommes et la nature même des objets qui les composent. En conséquence, on ne peut faire une règle générale de ce que l'auteur vient de dire à ce sujet.

M. Virey : J'appuie ce que vient de dire M. Nacquart, et j'ajoute qu'on ne peut prendre pour point de comparaison sur cette matière la quantité d'*aliments* dont ont *besoin* les hommes qui travaillent dans les champs, à l'air libre, etc. ; car leur vie est bien différente de celle des prisonniers. Les prisonniers enfermés dans les cellules se trouvent dans les mêmes conditions que les anciens moines. On sait effectivement que ces derniers n'avaient besoin que de peu d'aliments pour vivre ; et malgré cela, ils étaient si sujets aux pléthores qu'il fallait souvent y porter remède à l'aide de saignées. En conséquence, je ne serais pas éloigné de croire que la cause signalée par l'auteur du mémoire soit réelle.

M. Castel : On vient de vous faire l'éloge de l'isolement chez les prisonniers, comme un moyen propre à prévenir la folie ; mais a-t-on réfléchi aux effets de l'isolement? L'isolement est par lui-même une des causes assez ordinaires de folie ; car il mène à l'uniformité des sensations, à des idées fixes, et l'on sait que la manie en est souvent la conséquence. Pourquoi la manie est-elle plus fréquente

chez les célibataires que chez les personnes mariées et avec famille? C'est que chez les premiers il y a uniformité de sensations, idées fixes; le contraire chez les derniers. Les médecins doivent être humains et compatissants; mais cette compassion et cette humanité doivent avoir des limites; car les réformes qu'ils désireraient introduire pourraient quelquefois avoir des conséquences fâcheuses auxquelles ils n'ont pas suffisamment réfléchi.

On vous a parlé de l'exercice physique qu'il faudrait faire faire aux prisonniers : mais quel exercice peut-on faire dans les cellules? Ces exercices ne pourraient être que fort bornés et fort peu utiles...

M. Rochoux : Il n'y a pas d'opinion en médecine à laquelle on ne puisse opposer une opinion contraire, plus ou moins vraisemblable. On vient de voir qu'à l'éloge que la commission a fait du régime pénitencier de l'isolement M. Castel oppose des faits contraires d'une certaine valeur. La vérité, cependant, est que si l'on isole un cerveau mal organisé, il en résulte souvent un dérangement intellectuel qui peut aller jusqu'à la folie; mais si l'isolement a lieu pour des sujets dont le cerveau est normalement organisé, on n'observe rien de pareil : au contraire, la solitude apprend à réfléchir, et la méditation perfectionne l'intelligence; Newton n'a découvert la loi de l'attraction qu'en y pensant toujours, comme il l'a dit lui-même.

M. Esquirol : Je ne sais si le raisonnement physiologique de M. Castel est exact; mais l'expérience démontre que l'isolement très-prolongé chez les prisonniers ne produit pas l'effet qu'il vient de signaler; je citerai pour exemples Silvio Pellico, M. Andriane, M. le comte Gonfalonieri, M. Castillia, etc., etc.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Élection de M. Jolly. — La séance du 8 a été consacrée à l'élection d'un membre de l'Académie dans la section de thérapeutique. Un premier scrutin n'ayant donné aucune majorité absolue, un second scrutin a été recommencé.

Il y a eu 131 bulletins : majorité 66.

M. Jolly obtient	61 voix.
M. Gauthier de Claubry	36.
M. Miquel	24.
M. Cazenave	8.
M. Bayle	2.

Personne n'ayant eu la majorité, on procède à un scrutin de ballotage entre les deux candidats qui ont obtenu le plus de voix.

M. Jolly obtient	67 suffrages.
M. Gauthier de Claubry	64.

En conséquence, M. Jolly est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Renversement complet de l'utérus. — M. Lisfranc présente une pièce pathologique offrant un renversement complet de matrice. La femme était âgée de vingt-deux ans ; accouchée depuis dix-huit mois, elle pensait que sa matrice avait été renversée lors de l'extraction du placenta. Deux pertes avaient eu lieu. Lorsque cette femme entra à l'hôpital de la Pitié, un léger suintement sanguin avait lieu par le vagin : huit jours suffirent pour l'arrêter par les moyens ordinaires. Sans être trop amaigrie, la malade était pâle, digérait mal ; elle avait souvent le dévoiement. Examinée par plusieurs chirurgiens, les uns admirent l'existence d'un polype, les autres un renversement de matrice. Il existait seulement à la partie supérieure et postérieure du vagin une saillie en forme de *demi-manchette* qui pouvait faire croire à une tumeur implantée en partie dans l'orifice inférieur de l'utérus et en partie sur la lèvre antérieure de cet

organe. Cette tumeur était d'ailleurs beaucoup plus petite que la matrice à l'état normal.

M. Lisfranc introduisit dans le vagin les doigts indicateur et médius d'une main, les fléchit légèrement, saisit la tumeur entre ces doigts. Il ne put l'abaisser que de quelques lignes. Il porta l'index de l'autre main dans le rectum ; il parvint jusqu'au-dessus du corps qu'il abaissait ; et au lieu d'y trouver la matrice, il put soulever la paroi antérieure du rectum et contourner la partie supérieure du prétendu polype dans toute son étendue. Il n'hésita pas alors à diagnostiquer un renversement de la matrice.

La malade n'avait pas éprouvé de pertes depuis six semaines, mais les digestions étaient toujours mauvaises ; le dévoiement récidivait fréquemment ; elle succomba.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin, n'a pas permis de découvrir d'autre lésion organique qu'un renversement complet de l'utérus. Le bourrelet, en forme de demi-manchette, dont nous avons parlé, était formé en partie par la lèvre postérieure de l'utérus et par le vagin.

SÉANCES DU 15 ET DU 22. — *Nouvel appareil utéro-vaginal*. — M. Lebreton fait un rapport sur un appareil de M. Cliet, propre à mettre en contact avec l'intérieur du vagin et le col de la matrice des médicaments liquides émollients, ou d'autre nature. Cet appareil se compose de deux parties :

1° D'une tige mousse en ivoire, ayant une plaque mobile et une échelle graduée à sa surface : c'est le vaginomètre. Il sert à mesurer la longueur du canal dans lequel on doit porter les médicaments.

2° D'une sorte de sac cylindrique, de plusieurs pouces de longueur et de deux pouces environ de largeur, formé par une appendice cœcale desséchée. Dans l'intérieur de ce sac est une sonde de gomme élastique à laquelle est adapté un cordon qui doit servir à la boucher. On l'intro-

duit vide dans le vagin, puis on injecte par la sonde le liquide qu'on veut y porter; ce liquide sort peu à peu par de petits trous capillaires existant dans le bout utérin de l'appareil. Le tout est maintenu en place à l'aide d'une ceinture de corps et de quelques cordons qui partent de la sonde comme ceux de certains pessaires. Une seconde sonde appliquée à la précédente permet de renouveler de temps en temps le liquide sans déplacer l'appareil.

La conclusion est d'adresser des remerciements à l'auteur.

Une discussion a lieu à l'occasion de ce rapport.

M. Velpeau : Il y a dans le rapport de M. Lebreton une phrase relative aux douleurs du cancer utérin et que je crois erronée. Il n'est pas exact de dire que le squirrhe ou le cancer de l'utérus s'accompagne ordinairement de douleurs atroces. L'observation nous apprend au contraire tous les jours dans les hôpitaux que le mal se déclare et marche sourdement le plus souvent jusqu'à une période très-avancée, et même jusqu'à la mort. Si des douleurs se manifestent à la longue chez quelques femmes, cela tient moins au cancer de la matrice lui-même qu'aux complications et à l'extension de la maladie sur le vagin ou du côté du ventre, de sorte qu'en général le contraire a lieu de ce que vient d'avancer M. Lebreton, et cela n'est pas sans importance pour la pratique.

M. Capuron appuie les considérations du préopinant. Il déclare qu'en général le cancer de la matrice existe sans douleur, et cite plusieurs cas de sa pratique qui confirment cette observation.

M. Ferrus : Lorsque j'ai fait le service des femmes incurables à la Salpêtrière, je me rappelle en avoir soigné un grand nombre atteintes de cancer à la matrice. Je puis affirmer que la plupart d'entre elles éprouvaient des douleurs

affreuses ; chez quelques-unes seulement la maladie marchait sans douleur.

M. Moreau : Il y a, à propos de la question en discussion, des distinctions importantes à faire. Toutes les fois que le cancer de la matrice est enkysté, ainsi que cela s'observe dans les tumeurs cancéreuses du corps de cet organe, il existe sans douleur aucune. Le contraire a lieu lorsque le cancer est dépourvu de kyste, ainsi que cela s'observe dans les cas où il attaque le col : il est alors accompagné de douleurs intolérables. J'ai eu mainte et mainte fois dans ma pratique l'occasion de vérifier la réalité de ce fait.

Tournis chez l'homme. — M. Bouillaud fait un rapport favorable sur un travail de M. Belhomme concernant la maladie appelée tournis chez l'homme. Cette maladie est analogue à celle qu'on observe chez les bêtes ovines et qui oblige le corps à tourner continuellement sur lui-même durant chaque accès. Chez l'homme elle avait été à peine signalée ; on ne connaissait qu'une seule observation qui fût accompagnée de détails ; elle est due à M. Serres. Ayant eu dans le courant de l'année dernière l'occasion de traiter dans son établissement une femme atteinte de tournis, M. Belhomme en a fait le sujet de recherches particulières, et a cherché à rapprocher les lésions nécropsiques qu'a présentées sa malade de celles qu'on a rencontrées chez la malade de M. Serres et chez les animaux affectés de la même maladie.

La malade de M. Belhomme était âgée de 55 ans ; elle avait éprouvé d'abord des vertiges, puis des accès convulsifs accompagnés d'un besoin irrésistible de tourner continuellement de droite à gauche. Si elle était assise au moment de l'accès, elle tournait continuellement avec sa chaise. Les accès revenaient d'abord assez rarement, puis tous les jours, ensuite cinq, six, vingt fois par jour, enfin toutes

les quinze à vingt minutes. La malade jouissait de toute sa raison dans les intervalles des accès; durant les accès elle jetait des cris comme ceux d'un chien qui aboie. Enfin elle est morte subitement.

A l'autopsie, on a trouvé pour lésion principale deux petites exostoses sur les bords de la gouttière basilaire comprimant les pédoncules du cervelet. L'origine des nerfs de la cinquième paire était ramollie.

A la suite de ces détails, M. Belhomme se livre à des considérations intéressantes de physiologie encéphalique. Se basant sur les expériences des modernes chez les animaux vivants, il place le siége de la station et de la locomotion dans le cervelet, et en particulier dans les pédoncules de cet organe. En effet, si l'on coupe chez un animal un des pédoncules en question, l'animal tourne continuellement du même côté, comme s'il était affecté de tournis. C'est dans ces pédoncules aussi que M. Belhomme établit le siége du tournis chez l'homme. Dans le cas ci-dessus, effectivement, il y avait compression de cette partie; dans celui de M. Serres, il y avait ramollissement du même point. M. le rapporteur, néanmoins, convient que la seule compression du cerveau peut également produire le tournis, ainsi qu'on l'observe chez les brebis.

La conclusion du rapport est qu'on remercie l'auteur pour son importante communication, et qu'on l'engage à continuer ses recherches sur cette intéressante matière.

M. Castel : Les faits anatomiques contenus dans le travail de M. Belhomme me paraissent remarquables et importants : il n'en est pas de même de l'étiologie du tournis, qu'il a cherché à établir; elle me paraît tout-à-fait hasardée. Je crois effectivement que c'est une grave erreur de vouloir localiser le départ des phénomènes du tournis dans tel ou tel endroit de l'encéphale, puisque l'expérience démontre que les

mêmes symptômes peuvent naître par des lésions diverses siégeant dans des lieux différents. Qu'est-ce que le tournis chez l'homme ? C'est une sorte de vertige. Eh bien! le vertige, la migraine, le tournis, les convulsions, l'épilepsie et l'apoplexie offrent une grande connexité entre elles, ainsi que Morgagni l'a très-bien dit : on pourrait presque les considérer comme des degrés d'une même maladie; nous voyons effectivement assez souvent toutes ces maladies avoir une même terminaison, l'apoplexie. Ce que je viens de dire de la localisation présumée du siége de ces maladies s'applique également à la localisation qu'on veut faire des facultés intellectuelles. Les opérations de l'intelligence ne sont pas localisables, attendu qu'elles sont toutes dépendantes les unes des autres.

M. Barthélemy : Je n'entrerai pas dans la question du tournis chez l'homme; mais je crois devoir dire quelques mots sur la même maladie chez les animaux. Ce n'est pas seulement dans l'espèce ovine que le tournis s'observe ; le chevreuil et plusieurs autres animaux en ont souvent offert des exemples ; mais c'est principalement chez les agneaux de première et seconde année que cette affection se manifeste et fait les plus grands ravages. On évalue rien moins qu'à un cinquième les agneaux qui périssent annuellement de cette formidable maladie.

Le tournis chez les animaux dépend de la présence d'une hydatide dans le cerveau. C'est ordinairement dans l'un des ventricules latéraux que l'acéphalociste se développe; l'animal tourne toujours du côté correspondant à l'hémisphère malade. Quelquefois l'acéphalociste existe dans la scissure des deux lobes cérébraux ; alors l'animal tourne en baissant le museau vers la terre. Dans d'autres circonstances, l'hydatide est placée entre le cerveau et le cervelet ; alors l'animal tourne en levant le museau en l'air. De sorte qu'on peut

aisément reconnaître le siége de l'acéphalociste d'après les phénomènes que l'animal présente.

En se développant, l'acéphalociste distend, amincit considérablement, et même détruit la voûte correspondante du cerveau : la voûte crânienne est attaquée à son tour, les os en sont tellement affaiblis qu'ils craquent sous la pression des doigts comme du parchemin. On se sert de ce dernier caractère pour déterminer le siége précis de l'hydatide.

On traite cette maladie par la ponction à l'aide du trois-quart : on cherche ensuite la poche hydatique à l'aide d'un tuyau de plume dentelé; qu'on introduit par le canal même du trois-quart; mais ces moyens ne réussissent pas souvent.

M. Gerdy s'élève avec véhémence contre les résultats obtenus par les expériences sur les animaux vivants, et prétend qu'ils n'ont donné en physiologie et en pathologie que des résultats contradictoires ou nuls.

M. Castel appuie l'opinion de M. Gerdy touchant le peu de valeur des vivisections, et avoue cependant que ce moyen peut ne pas être illusoire quand les expériences sont bien faites et bien comprises.

La discussion change d'objet, et ne roule plus que sur des sujets étrangers à la question qui l'a soulevée; nous nous arrêtons donc aux conclusions du rapport qui sont mises aux voix et adoptées.

SÉANCE DU 29. — *Empoisonnement par l'acide arsénieux.* — M. Orfila lit un mémoire relatif aux expériences qu'il a faites sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Il résulte de mes expériences, dit M. Orfila :

1° Que l'acide arsénieux introduit dans l'estomac ou appliqué dans le tissu cellulaire sous-cutané des chiens vivants est absorbé, qu'il se mêle au sang et qu'il est porté dans tous les organes de l'économie animale, comme je l'avais

établi dès l'année 1812, en me fondant uniquement sur des considérations physiologiques.

2° Que, lorsqu'il est mis en poudre fine sur le tissu cellulaire sous-cutané des chiens, il n'y en a guère qu'un grain et demi à deux grains d'absorbés, quelle que soit la proportion employée; et que cette faible dose suffit pour occasionner la mort, puisqu'il est impossible d'attribuer celle-ci à l'irritation locale, habituellement fort légère, que détermine ce poison.

3° Qu'il s'en absorbe davantage, sans que l'on puisse en préciser la quantité, lorsqu'il a été introduit dans le canal digestif, après avoir été dissous dans l'eau, ou quand l'acide solide, par son contact prolongé avec les sucs de l'estomac et des intestins, a fini par se dissoudre en totalité ou en partie.

4° Qu'il n'est pas douteux, d'après les cas d'empoisonnement observés jusqu'ici, qu'il n'agisse de même chez l'homme; toutefois il est à présumer que la portion absorbée et nécessaire pour déterminer la mort devra être plus considérable que celle qui est exigée pour tuer les chiens.

5° Qu'il est possible, à l'aide de certains procédés chimiques, de retirer l'arsenic métallique de la portion d'acide arsénieux qui a été absorbée.

6° Qu'il devient *indispensable* de recourir à cette extraction, lorsqu'on n'a pas trouvé le poison dans le canal digestif ou sur les autres parties sur lesquelles il avait été immédiatement appliqué, ou dans la matière des vomissements; car en se bornant, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, à rechercher l'acide arsénieux dans les matières provenant de l'estomac et des intestins, on court risque de ne pas le découvrir, soit parce qu'il n'en restera plus dans le canal digestif, soit parce que les matières vomies auront été

soustraites, tandis que l'on pourra toujours obtenir le métal de la portion qui aura été absorbée.

7° Qu'un rapport médico-légal devra être déclaré incomplet et insuffisant, par le seul fait que, dans le cas indiqué, on aura omis de rechercher l'acide arsénieux dans les parties où il se trouve après avoir été absorbé.

8° Que l'on peut *à la rigueur* déceler ce poison en traitant convenablement un certain nombre de muscles ou un *seul* des viscères de l'économie animale, préalablement desséchés, surtout lorsque ce viscère est très vasculaire; mais qu'il est préférable d'agir sur le cadavre entier ou du moins sur la moitié, la proportion d'acide absorbé étant ordinairement trop faible pour qu'on puisse espérer de mettre son existence hors de doute en ne soumettant aux opérations chimiques qu'un seul viscère ou une partie peu considérable des muscles et des os.

9° Que l'on décèle encore ce poison dans le sang provenant d'une saignée faite au malade, pourvu que l'on agisse sur quelques onces de ce liquide, et qu'il importe dès lors de ne pas négliger ce nouveau moyen d'exploration chez un individu qui aurait été saigné, et que l'on soupçonnerait avoir été empoisonné par l'acide arsénieux.

10° Que la saignée est indiquée dans le traitement de l'empoisonnement par cet acide, non-seulement parce qu'elle agit comme antiphlogistique, mais encore parce qu'elle nous offre un moyen de retirer du torrent de la circulation une partie du poison absorbé.

11° Que le meilleur procédé à suivre pour l'extraction de l'arsenic contenu dans la faible portion d'acide arsénieux qui a été absorbée, consiste à faire bouillir tout le cadavre dans l'eau distillée pendant six heures, à précipiter le bouillon par l'acide sulfhydrique, à retirer l'arsenic du sulfure qui se dépose, à mêler le liquide décanté et filtré avec

de l'azotate de potasse solide (nitre), à évaporer le mélange jusqu'à siccité, à réduire le produit en cendres que l'on traite d'abord par l'eau, puis par l'acide sulfurique concentré, et que l'on introduit ensuite dans l'appareil de Marsh, modifié comme je l'ai indiqué.

12° Qu'il y aurait un inconvénient réel à ne pas précipiter la liqueur par l'acide sulfhydrique et à la mélanger de prime abord avec le nitrate de potasse, parce que l'on perd toujours, quoi qu'on fasse, une portion d'acide arsénieux pendant que l'on brûle la matière avec le nitre. La perte sera évidemment beaucoup moins sensible, si l'on commence par enlever à la liqueur suspecte tout ce que l'acide sulfhydrique peut en précipiter, et que l'on traite seulement par le nitre le liquide surnageant le précipité.

13° Que l'on perd peu d'arsenic, en brûlant la matière organique après l'avoir intimement mêlée au nitre dissous, tandis qu'on en obtient beaucoup moins si le mélange de la matière animale et du sel a été fait dans un mortier. Si la combustion a été opérée d'après le procédé de Rapp, la perte est encore plus sensible.

14° Que l'on peut, sans inconvénient, faire bouillir le cadavre coupé par morceaux dans de grandes chaudières de fonte ou de cuivre parfaitement décapées, et se servir d'une bassine de fer bien propre ou d'un grand creuset de Hesse, pour opérer la décomposition de la matière animale par le nitre.

15° Que dans les localités, où, faute d'ustensiles, les experts ne croiraient pas devoir entreprendre toutes les recherches dont je parle, il sera toujours possible, et il devient indispensable de faire bouillir le cadavre dans une grande chaudière de fonte ou de cuivre, pendant six heures, avec de l'eau distillée et dix à douze grains de potasse à l'alcool solide, et d'évaporer le bouillon jusqu'à siccité, après

l'avoir fait passer à travers un linge fin, pendant qu'il était encore tiède. Le produit solide pourra, sans inconvénient, être soumis plus tard, dans des laboratoires suffisamment pourvus d'instruments, aux expériences chimiques indiquées.

16° Que de tous les procédés proposés jusqu'ici pour découvrir l'acide arsénieux *dans les liquides vomis ou dans les matières contenues dans le canal digestif*, celui que j'ai décrit me paraît le meilleur; qu'il est infiniment supérieur à celui que l'on suit maintenant, et qu'il doit être adopté, si l'on ne veut pas perdre une portion d'arsenic, toutes les fois qu'on ne trouvera pas le poison à l'état solide, soit dans le canal digestif, soit dans les produits du vomissement.

17° Que la présence de l'acide arsénieux dans les parties d'un cadavre humain avec lesquelles il n'avait pas été mis en contact, si elle a été constatée en faisant bouillir, pendant six heures, avec de l'eau distillée sans addition d'acide, le cadavre coupé par morceaux, prouve d'une manière incontestable que le poison a été pris pendant la vie, puisque les corps des individus qui n'ont pas été soumis à l'influence de ce poison, et qui ont été *traités de la même manière*, ne fournissent aucune trace d'arsenic.

18° Que lors même qu'il serait ultérieurement démontré qu'il existe naturellement dans une partie quelconque du corps de l'homme un composé arsénical, ce composé n'étant pas soluble dans l'eau distillée bouillante, ainsi que le prouvent les expériences précédentes, l'assertion que je viens d'émettre n'en conserverait pas moins toute sa force; il suffirait, en effet, pour dissoudre et déceler le poison qui aurait été absorbé, de traiter le cadavre par l'eau bouillante, tandis que le composé arsénical, dont je suppose pour un moment l'existence, ne serait pas dissous par ce liquide.

De l'introduction de l'air dans les veines. — M. Bouley jeune communique l'observation suivante :

Le 21 de ce mois, j'ai été appelé à Montrouge pour visiter plusieurs chevaux malades dans l'établissement de M.... Le premier de ces animaux est une jument grise qui offre tous les symptômes d'une pneumonie. Je la saigne moi-même de la jugulaire; en attendant que le sang coule, je confie la bête et le vase à un maréchal, et je passe à la visite des autres malades; j'ai prescrit qu'on laissât sortir six livres de sang, ce qui a été fait exactement. Aussitôt après la saignée, on m'appelle; je cours, je trouve la bête par terre, agitant ses membres, et elle a expiré en ma présence dans l'espace de sept à huit minutes. Le sang avait été parfaitement arrêté. J'ai demandé à l'homme qui réglait la saignée s'il avait entendu un bruit quelconque au moment de boucher la veine; malheureusement il était un peu sourd et d'une intelligence très-bornée.

Le lendemain, 22 heures après la mort, j'en ai fait l'autopsie, aidé par mon fils, élève interne des hôpitaux. Nous avons commencé par disséquer la veine jugulaire qui avait servi pour la saignée; elle contenait beaucoup de sang écumeux; des bulles d'air s'échappaient de son intérieur. Les cavités pléurales contiennent un peu de sérosité sanguinolente. Le poumon est fortement enflammé, hépatisé sur un côté. Ce viscère n'est point emphysémateux. Le cœur est rempli de caillots entourés de sang fort écumeux; cette dernière condition, cependant, est plus prononcée dans les cavités droites. L'artère pulmonaire, la veine-cave inférieure, la veine-porte, les veines mésentériques et les vaisseaux intra-crâniens, sont soigneusement disséqués et ouverts; ils sont remplis de sang écumeux et de bulles d'air libres qu'on peut aisément déplacer avec les doigts.

Ces circonstances me forcent à regarder la mort de cette

jument comme le résultat de l'introduction de l'air dans les veines. En rapprochant ce fait de celui que j'ai rapporté lors de la discussion lumineuse qui a eu lieu l'année dernière dans cette enceinte, je me crois assez fondé pour recommander comme une mesure de prudence, aux vétérinaires, de boucher soigneusement la plaie de la veine au moment d'arrêter la saignée du cou chez les gros animaux domestiques.

M. Amussat : Le fait que vient de rapporter M. Bouley est de la plus haute importance ; il confirme nos expériences et les propositions que j'ai établies dans mon travail. On voit que même la saignée de la veine jugulaire peut donner lieu à l'accident formidable dont il s'agit ; cela n'avait pas encore été signalé. La discussion qui a eu lieu l'année dernière devant l'Académie a éveillé l'attention des chirurgiens et des vétérinaires, et je ne serais pas étonné que les faits de cette nature se multipliassent désormais. On voit, par conséquent, combien il importe, dans certaines opérations chirurgicales et dans les plaies du cou, de prendre les mesures de précaution que j'ai proposées.

M. Barthélemy : L'observation que vient de rapporter M. Bouley est intéressante sous plusieurs points de vue. Elle prouve d'abord que l'introduction de l'air dans les veines peut avoir lieu au-delà des limites du sommet de la poitrine, ainsi que je l'avais dit dans la discussion sur ce sujet. Elle prouve ensuite que lorsque le poumon est malade, l'introduction de l'air dans les veines constitue un accident beaucoup plus grave que lorsque cet organe est sain ; c'est aussi ce que j'avais alors avancé, et je pense que la jument dont a parlé M. Bouley n'est morte aussi subitement que parce que son poumon était malade. Elle prouve enfin que la mort, dans ces cas, n'est pas due à la dilatation mécanique du cœur par l'action expansive de l'air dans cet organe ;

car on n'a trouvé que peu d'air dans ce viscère. C'est encore là un autre point sur lequel j'avais beaucoup insisté.

M. Rochoux : J'appuie l'opinion que vient d'émettre M. Barthélemy sur l'influence fâcheuse de la maladie du poumon dans l'accident dont vient de nous entretenir M. Bouley.

Je connais un fait chez l'homme qui confirme cette manière de voir. Un phthisique se trouvait à une période peu avancée de sa maladie. On lui a ordonné un large vésicatoire sur la poitrine; l'énorme vessie a été enlevée le lendemain; on l'a pansé : l'impression de ce pansement froid a été tellement vive sur lui qu'il a éprouvé une sorte de spasme général, de resserrement violent à la poitrine, et il a succombé comme asphyxié en moins de deux minutes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Curabilité des tubercules pulmonaires. — Consultation médico-légale sur cette question : Un homme atteint de trismus a-t-il pu dicter son testament?

M. Prus met sous les yeux de la Société dix pièces d'anatomie pathologique, toutes recueillies en 1838, à la Salpêtrière, et qui offrent des exemples remarquables de guérison de tubercules pulmonaires. Voilà cinq ans, continue M. Prus, que, convaincu par plusieurs faits observés à Bicêtre dans un assez court espace de temps, que les tubercules pulmonaires guérissent bien moins rarement que ne le pense la généralité des médecins, je cherche à mettre à profit toutes les occasions que je rencontre d'élucider cette grande question de la curabilité de la phthisie pulmonaire. Plus mes observations se multiplient, moins je conserve de doutes. Vou-

lant avoir des chiffres précis, j'ai chargé mon interne, M. Roger, de recueillir avec soin tous les cas de ce genre que nous pourrions rencontrer dans mon service en 1838. Comprenant toute l'importance du sujet, il a réuni de nombreux matériaux qui seront la base d'un travail assez étendu qu'il livrera prochainement à la publicité. Vous faire connaître les résultats auxquels il est arrivé, avant l'impression de son mémoire, ce serait, en quelque sorte, défiorer celui-ci. Je me borne donc aujourd'hui à appeler votre examen attentif sur les pièces pathologiques que je soumets à la Société.

M. Devergie fait la communication suivante :

Je suis consulté, en ce moment, sur une question de médecine légale qui ne s'est peut-être jamais présentée. Voici dans quelles circonstances.

Le samedi 25 avril 1835, M. de B., médecin, est appelé à donner des soins au sieur N. Celui-ci avait fait une chute de sa hauteur seulement. Il en était résulté une plaie contuse légère vers la racine du nez. Le malade éprouvait du malaise, une douleur ou une pesanteur de tête.

Le dimanche 26, dans la matinée, une saignée du pied est pratiquée dans le but de combattre un embarras cérébral que le malade accusait, et une gêne plus ou moins prononcée que M. de B. remarquait dans l'usage de la parole.

Le lundi 27, cinq visites sont faites dans le cours de la journée, ce qui autorise M. de B. à croire que, dès la première visite, il avait reconnu une maladie grave. Ce même jour, le docteur H... est appelé en consultation. Cette consultation eut lieu entre trois et sept heures. M. de B. se rappelle parfaitement bien que le malade ne pouvait articuler aucun mot, si ce n'est au moyen d'un tuyau en bois qu'il tenait *entre ses lèvres* et qui était destiné à laisser pénétrer

l'air dans la bouche, ainsi qu'à rendre ses paroles intelligibles.

On remarquait un trismus très-prononcé qui existait seul, c'est-à-dire sans être accompagné, ni de *délire*, ni *d'oppression*, ni de *raideur des membres*, ni *de mouvements convulsifs*, ni d'un *affaiblissement sensible des facultés intellectuelles*.

Ces divers accidents ne se déclarèrent d'une manière bien prononcée que le mercredi 29 (c'est-à-dire 48 heures plus tard), jour où le malade succomba vers onze heures du soir.

Du reste, dans la journée du 27, M. de B. avait vu le malade levé. (*Déclaration écrite du docteur de B.*)

C'est ce même jour, 27 avril à 4 heures et demie de relevée, qu'un notaire, assisté de quatre témoins, a rédigé, d'après la déclaration verbale du malade, un testament dont voici le dispositif :

« J'institue pour mon légataire universel le sieur N..., cultivateur, demeurant à J..., mon cousin-germain et mon filleul.

» En conséquence, je lui donne et lègue tous les biens, » tant meubles qu'immeubles qui m'appartiendront au » jour de mon décès et composant ma succession :

» Pour lui jouir, faire et disposer du tout en pleine et » absolue propriété au jour de mon dit décès.

» Je le charge de distribuer une somme de cent francs aux » pauvres qui assisteront à mon enterrement.

» Dans le cas où mon dit légataire universel décéderait » avant moi, j'institue en son lieu et place pour mes légataires universels les enfants de son mariage avec N... son » épouse. »

Extrait de la déclaration faite par deux témoins assistant au testament de N...

Une question est adressée à N..., par le notaire, sur le

fait de savoir ce qu'il voulait léguer et en faveur de qui il voulait tester.

N... fait signe qu'on lui donne de l'encre et du papier. Il écrit ses dispositions testamentaires et les remet au notaire qui les lit et dit : Je vois que vous écrivez que vous donnez votre bien à votre filleul, mais cela ne suffit pas : il faut le dire en présence des témoins. Alors, il fait placer ces derniers auprès du malade. N... fait signe qu'on lui donne un bout de bois de sureau (un épulot) qu'il place lui-même dans sa bouche en écartant les lèvres avec les doigts, et c'est alors qu'il exprime qu'il fait don de ses biens à son filleul, à l'exception de cent francs pour les pauvres. Le notaire voulait lui faire recommencer cette déclaration ; mais les témoins dirent que cela était inutile, parce qu'ils avaient distinctement compris.

Quand le notaire eut écrit la moitié du testament, il dit à N... : Si votre filleul mourait avant vous, votre donation serait-elle pour ses enfants ou pour d'autres. N... répond très-positivement : *pour ses enfants.*

La question qui m'est adressée, ajoute M. Devergie, est celle-ci : Un homme atteint du tétanos (trismus) a-t-il pu dicter son testament ?

M. Mérat : Il y a onze ou douze ans un malade, après avoir été soumis à l'extirpation d'une loupe, a été pris de trismus, et il est mort deux jours après. Il a conservé jusqu'à la fin toute l'intégrité de ses facultés et parlé d'une manière distincte ; seulement, on aurait dit qu'il avait la langue très-chargée.

M. A. Bérard : Si le trismus était établi, il me semble tout-à-fait impossible que le malade ait pu introduire un corps étranger entre les arcades dentaires. C'est parce qu'il y a alors impossibilité absolue d'écarter les mâchoires, que les chirurgiens, qui redoutent l'invasion du trismus, placent

un corps étranger entre les dents du malade. Je pense d'ailleurs que le malade a pu se faire comprendre tout en ayant la bouche fermée.

M. Devergie fait remarquer à M. Bécard que les témoins n'ont pas déclaré que le malade eût introduit le tuyau de sureau entre ses arcades dentaires. Ils ont dit seulement qu'il l'avait placé entre ses lèvres.

M. Téallier : On demande si les mâchoires étant fermées, il est possible de parler : je réponds affirmativement. Que le malade ait cherché à entr'ouvrir ses mâchoires en y introduisant un corps étranger, cela importe peu ; il avait conservé ses facultés intellectuelles et il pouvait dicter son testament.

Voici le texte de la consultation remise par M. Devergie à la personne qui la lui avait demandée :

Les articles 901 et 972 du Code civil sont ainsi conçus :

Art. 901 : Pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit.

Art. 972 : Alinéa 2. S'il n'y a qu'un notaire, il doit également (le testament) être dicté par le testateur et écrit par le notaire.

D'où il résulte que, dans le cas dont il s'agit, nous avons à examiner deux questions, celles de savoir : 1° Si le 27 avril 1835, à 4 heures et demie de relevée, N... *était sain d'esprit* ; 2° Si le même jour et à la même heure cet individu a pu dicter le testament dont nous avons rapporté la teneur.

Première question. N... était-il sain d'esprit, le 27 avril 1835, à 4 heures et demie de relevée ?

Il ne peut pas y avoir de doute à cet égard. D'une part, M. le docteur B. déclare en termes formels que lors de la consultation qui eut lieu entre lui et M. H... de 3 à 7 heures, il n'y avait chez le malade ni délire, ni affaiblissement des facultés intellectuelles. D'une autre part, en présence du no-

taire et de quatre témoins, N..., fait signe qu'on lui donne de l'encre et du papier ; il écrit ses volontés ; il répond soit oralement, soit par signes aux questions du notaire. Nous ajouterons que l'observation journalière des individus affectés de tétanos démontre que, dans la presque totalité des cas, le malade conserve l'intégrité parfaite de ses facultés intellectuelles, *alors même que la raideur tétanique a envahi tous les muscles du corps.*

La réponse à cette question est donc, suivant nous : Oui, N... était sain d'esprit le 27 avril 1835 à 4 heures et demie de relevée.

Deuxième question. N..., pouvait-il dicter le testament ci-dessus rapporté, le 27 avril 1835, à 4 heures et demie de relevée ?

Pour résoudre cette question, j'ai besoin de bien préciser l'état de maladie dans lequel se trouvait N... à cette époque. Était-ce un *trismus* seul dont il était affecté, c'est-à-dire une contraction permanente des muscles releveurs de la mâchoire inférieure qui met l'individu qui en est atteint dans l'impossibilité d'écarter les mâchoires, non-seulement par sa propre volonté, mais encore à l'aide de moyens mécaniques employés par lui ou même par des personnes étrangères ? Suivant nous, il y avait plus que cette affection, qui n'est qu'un des phénomènes du tétanos ; la rigidité des muscles s'étendait à la face et aux lèvres ; mais cette contraction des muscles de la face n'était pas telle qu'on ne pût amener mécaniquement l'écartement des lèvres. En d'autres termes, on n'aurait probablement pas pu introduire entre les mâchoires un corps étranger, mais on pouvait placer ce corps entre les lèvres. C'est, au moins, ce qui résulte de la déclaration précise des témoins et de celle de M. le docteur de B..., quand il dit : « Le malade ne pouvait articuler aucun mot, *si ce n'est au moyen d'un tuyau en bois qu'il tenait entre ses lèvres.* » Et cet état du malade explique

parfaitement comment il ne pouvait articuler aucun mot. Si les muscles de la face n'eussent pas été affectés en même temps que ceux des mâchoires, N... aurait pu parler distinctement sans le secours des lèvres, qui sont principalement destinées à donner de la netteté à l'articulation des sons.

La contraction des muscles de la face rend très-bien compte de la nécessité dans laquelle s'est trouvé N... de se servir d'un épulot pour prononcer des paroles distinctes, et, à ce sujet, je vais entrer dans quelques développements qui feront mieux concevoir cette nécessité.

Pour articuler des mots, il faut le concours de la voix qui se produit dans le cou (le larynx), et celui de la bouche. Les mots ne sont autre chose que la voix articulée : 1° par les lèvres et les joues; 2° par les deux mâchoires; 3° par la langue. La prononciation est d'autant plus parfaite que ces trois ordres d'organes agissent d'un commun accord et d'une manière plus complète. Que l'on tienne les mâchoires fortement serrées et l'on articulera des mots d'une manière assez nette pour pouvoir être entendu très-distinctement. Que l'on serre les mâchoires et que l'on ferme la bouche, alors il n'est plus possible de prononcer des mots assez distincts pour qu'ils puissent être entendus, parce que alors le passage du son de la voix à travers la bouche est arrêté, et le son articulé par la langue ou la parole n'est plus transmis au-dehors. Mais si on vient à mettre un tuyau quelconque entre les lèvres, qui permette la transmission au-dehors des sons articulés dans l'intérieur de la bouche, alors ces sons assez parfaits pour exprimer des mots peuvent être entendus. Ils sont loin d'être aussi corrects que lorsque les lèvres et les mâchoires concourent à leur production, mais ils peuvent exprimer les idées de la personne qui les prononce.

On s'assurera de l'exactitude de ces assertions en serrant fortement les mâchoires et en introduisant entre les lèvres rapprochées avec les doigts un canal cylindrique quelconque, ainsi que je l'ai fait moi-même, afin de m'expliquer la nécessité dans laquelle se trouvait N... de se servir d'un épulot pour rendre ses idées. Les témoins qui assistaient à son testament, ainsi que le notaire, ont donc pu entendre N... exprimer verbalement les idées écrites au testament. Cela a été d'autant plus possible que N... avait préalablement écrit ses volontés, qu'il avait remis ses volontés écrites au notaire, et que celui-ci en avait hautement donné connaissance en disant au malade : « Je vois que vous voulez donner votre bien à N... mais il ne suffit pas de l'écrire, il faut encore le dire. » Les quatre témoins se sont alors approchés du malade, imbus des idées que celui-ci allait émettre au moyen de la parole, et quelque péniblement que celle-ci ait été prononcée, quelque imparfaite qu'ait été la prononciation, elle a été suffisante pour exprimer l'idée du testateur et pour permettre aux témoins d'acquérir une conviction pleine et entière de sa volonté.

L'article 972 du Code civil, en exigeant que le testateur dicte le testament et que le notaire présent l'écrive, n'entend pas par là que la teneur du testament ou sa rédaction soit celle du malade. Ce dernier n'avait donc à prononcer que quelques paroles pour dicter son testament. « Je donne tout mon bien à N..., à l'exception de 100 fr. pour les pauvres. » Et, lorsque le notaire lui demandait à qui reviendrait son bien si N... mourait avant lui, il n'avait qu'à répondre : « A ses enfants. » Je suis donc intimement convaincu de la possibilité de tous ces faits, et je n'hésite pas à répondre à la seconde question :

Oui, le sieur N... a pu dicter ses volontés au notaire le 27 avril 1835, à quatre heures et demie de relevée.

VARIÉTÉS.

LETTRE *adressée à l'Académie royale de médecine, pour réclamer contre M. Leroy-d'Étiolles la priorité de diverses méthodes de traitement des maladies des voies urinaires ; par* G. GUILLON, D.-M.-P. Chirurgien consultant du roi, etc.

[En publiant dans la *Revue médicale* cette réclamation du docteur Guillon, nous ne voulons intervenir en aucune manière dans une discussion qui nous est complètement étrangère : *non nostrum tantas componere lites*. Mais, dans ce moment où le grand prix fondé par le marquis d'Argenteuil (*Voir* la *Revue médicale* du mois de septembre 1838, page 433) semble donner une nouvelle impulsion à la chirurgie des voies urinaires, nous croyons qu'on lira avec un véritable intérêt, dans la lettre de M. Guillon, la description d'une foule de procédés ingénieux inventés dans ces dernières années pour la cure des rétrécissements de l'urètre. Si l'on admire la science et l'habileté chirurgicales qui ont été déployées dans cette *spécialité*, on ne sera pas moins émerveillé de l'habileté et du savoir-faire de *certains spéciaux*. Sous ce dernier rapport nous recommandons à l'attention de nos lecteurs la NOTE de la page 305 ci-après, textuellement empruntée à un ouvrage sérieux publié avec nom d'auteur par un de nos célèbres lithotriteurs. On y verra les petits manéges du charlatanisme *spécial*, nous ne dirons pas dévoilés, mais exposés avec une candeur et une naïveté que des critiques moins bienveillants que nous ne voulons l'être ; pourraient appeler *le cynisme de l'industrie*, pour faire pendant au *cynisme de l'apostasie* dans un tableau de mœurs de l'époque actuelle.]

(N. R.)

M. Leroy d'Étiolles ayant écrit à l'Académie, le 15 janvier, en réponse à ma lettre du 3, « que les instruments » qu'il lui a présentés n'ont aucune ressemblance avec

« les miens, ni pour la forme, ni pour la structure, ni » pour le mode d'action, » tandis qu'ils n'en diffèrent, au contraire, *que par de très-petites modifications de détail sans importance aucune*, et qu'ils agissent de même, je ne puis laisser sa lettre sans réplique. Aussi, malgré mon éloignement pour ces sortes de polémiques, je me décide à adresser aux confrères qui composent ce corps savant ma réclamation et la copie des pièces à l'appui, afin qu'ils puissent s'établir juges entre nous. Après les avoir lues, ils reconnaîtront, je n'en doute pas, que les *ciseaux tubuliformes* que leur a présentés M. Leroy, et qui sont destinés à exciser certaines excroissances développées dans l'urètre et la vessie, m'appartiennent, puisque j'en ai montré de semblables à la Société de médecine en 1831, et qu'on en trouve la description dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 février 1832. Ils reconnaîtront également que deux de ses instruments pour faire des incisions dans les portions de l'urètre rétrécies, ne sont que des copies *de mes urétrotômes* décrits dans la *Gazette des Hôpitaux* du 21 mai 1831; et pour qu'on puisse les comparer entre eux, j'en donnerai de nouveau la description.

Bien que M. Leroy ait l'habitude, ainsi qu'il le dit à la page 285 de son livre sur la lithotripsie, « *de faire insérer de » temps en temps, par ses amis, dans les journaux politiques, des » articles à sa louange*, DANS LESQUELS TOUTES SES PETITES » AMÉLIORATIONS DE DÉTAIL DEVIENNENT DES PERFECTION- » NEMENTS D'UNE HAUTE IMPORTANCE (1), » ce n'est certainement pas une raison pour que le public médical approuve cette manière de faire et de penser, et pour qu'on ne me rende pas ce qui est à moi, quelque importance même qu'il

(1) *Voir* ci-après la note placée au bas de la page 305.

plaise à M. Leroy d'attacher aux *petites* modifications faites par lui, *ou à faire*, à certains modes de traitement ou aux instruments que j'ai ajoutés à ceux qu'on possédait déjà.

Au reste, quoique je n'aie pas réclamé à une autre époque la part qui me revient de ce qu'il appelle son nouveau système de broiement des calculs urinaires, je m'opposerai dorénavant à toutes les nouvelles espèces de pirateries que des hommes peu scrupuleux se permettent chaque jour, afin surtout qu'on ne vienne pas plus tard me taxer d'avoir copié les autres, lorsque ce sont eux qui me copient.

Si au lieu d'un pari que la description des instruments rend insoutenable, M. Leroy m'eût fait une proposition dans le genre de celle qui se trouve à la fin du livre dont je viens de parler, (dans une lettre qu'il a adressée dans le temps à M. Civiale), je l'aurais acceptée comme je l'accepterais encore, avec empressement, en le priant de désigner lui-même une commission pour examiner avant et après leur guérison les malades atteints de rétrécissements urétraux, et sur lesquels s'engagerait cette lutte chirurgicale.

Voici la lettre que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie royale de médecine le 3 janvier, et l'extrait des pièces à l'appui, dont l'authenticité ne saurait être contestée, et dont les dates surtout doivent être prises en considération. Nous les soumettons avec une entière confiance au jugement de tous nos confrères.

MESSIEURS,

Lorsque M. Leroy d'Étiolles soumit, en 1837, à l'Académie des sciences les instruments qu'il vous a présentés dernièrement, je ne crus pas devoir réclamer auprès de ce corps savant : je me contentai de rappeler verbalement à notre confrère la *Gazette des hôpitaux* du 21 mai 1831 et du 14 février 1832, qu'il reçoit, et dans laquelle ils sont dé-

crits. Mais puisqu'il vous présente comme *siens* ces mêmes instruments, que j'ai inventés il y a bientôt dix ans et dont je me sers depuis cette époque, pour faire des incisions dans l'urètre, pour exciser les excroissances qui s'y développent, etc., je viens aujourd'hui revendiquer des inventions qui m'appartiennent.

Afin que vous puissiez, Messieurs, faire la part que doit avoir chacun de nous, aux modes de traitements que M. Leroy dit avoir introduits dans la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre, j'ai l'honneur de vous adresser les numéros 98 du tome IV ; 50, 113 du tome V ; 29 du tome VI, de la *Gazette des hôpitaux*, et un exemplaire du compte-rendu des travaux de la Société de médecine pratique, pendant les années 1831 et 1832, où sont indiquées d'une manière précise, ainsi que les instruments qu'elles nécessitent, les méthodes que j'emploie, et que plusieurs de vos collègues connaissent depuis 1830.

L'exposé que l'auteur du compte-rendu (M. le docteur Serrurier) fait de ces différentes méthodes de traitement, et ce qu'il dit des modifications que j'ai fait subir aux procédés que quelques chirurgiens mettent encore en usage, vous démontreront, je n'en doute pas, combien ma réclamation est fondée.

Les modes de traitements énoncés dans les imprimés ci-joints, et que j'emploie séparément ou combinés, *d'après la nature des rétrécissements*, sont les suivants : LA DILATATION, qui est la plus ancienne de toutes les méthodes, — LA CAUTÉRISATION avec le nitrate d'argent solide, — et LA CAUTÉRISATION avec une solution de ce sel, ou avec le nitrate acide de mercure. Je donne la préférence aux caustiques liquides, parce qu'on les porte à volonté et avec une grande précision, dans une certaine étendue de la circonférence de l'urètre ou sur un de ses points seulement. Suivant que

je veux agir plus ou moins fortement, j'ai recours à une dissolution plus ou moins caustique. Les instruments que j'emploie (et dont la description se trouve dans la *Gazette des hôpitaux* et le compte-rendu), isolent complètement les parties saines des parties malades. — LA COMMINUTION, — LA LACÉRATION, — LA SCARIFICATION, qui consistent à diviser les strictures par des incisions plus ou moins nombreuses. — LA MOUCHETURATION URÉTRALE, ou saignées locales, pratiquées sur les rétrécissements à l'aide des instruments décrits dans la *Gazette des Hôpitaux* du 31 mai 1831. — L'EXCISION, — LA RÉSECTION, que je pratique avec les sarcotômes décrits dans la *Gazette* du 14 février 1832. — L'ARRACHEMENT, qui se fait avec ces sortes de sondes à larges fenêtres décrites dans ce même numéro, et pourvues de mandrins convenables pour fixer les excroissances dont on veut faire l'extraction (1).

Je suis convaincu, Messieurs, que vous partagerez l'étonnement que m'a causé, dans cette circonstance, la conduite de M. Leroy. La susceptibilité excessive qu'il a montrée dans ses discussions avec M. Civiale, à qui il reproche « d'avoir montré souvent une grande prédilection pour les

(1) Lorsque je commençai, en 1827, à m'occuper des maladies des voies urinaires, j'employai d'abord les moyens alors en faveur, la cautérisation à la Ducamp. Je ne tardai pas à reconnaître que ce mode de traitement était insuffisant dans le plus grand nombre des cas, et que le plus souvent il aggravait l'état des malades en transformant des rétrécissements que la dilatation guérit quelquefois, en coarctations d'une dureté extrême, et telle que ceux qui en étaient affectés devaient avoir recours, pendant le reste de leur vie, à l'introduction des corps dilatants.

Les insuccès me déterminèrent à chercher à reconnaître les différents états pathologiques de l'urètre; puis, le diagnostic étant établi, à opposer à chaque espèce de rétrécissement des moyens thérapeuti-

» inventions toutes faites, » lui imposait l'obligation de ne point encourir lui-même le reproche de plagiat. Enfin, puisqu'il voulait avoir des instruments dans le genre des miens et destinés aux mêmes usages, il devait, en bonne foi, vous les présenter comme des modifications, des perfectionnements de leurs aînés, si, toutefois, on peut appe-

---

ques appropriés. Me rappelant les avantages que Dupuytren obtenait presqu'instantanément de saignées pratiquées sur la conjonctive dans le chémosis, et ce qu'Ambroise Paré dit des hémorrhagies qui surviennent à la suite de la déchirure, de la comminution, des rétrécissements, la *moucheturation urétrale* se présenta à mon esprit.

De nombreux succès, et qui jusqu'à présent ont été exempts de rechutes, m'ont démontré que ce mode de traitement est le moyen par excellence dans la majorité des cas, et non dans tous. Comme je compte aujourd'hui des centaines de guérisons obtenues par les différentes méthodes précédemment indiquées, je publierai plus tard des résultats comparatifs qui ne seront pas sans intérêt.

Plusieurs de vos collègues, entre autres MM. Cullerier et Lagneau, ont été témoins d'un très-grand nombre de guérisons obtenues par les moucheturés et l'incision des coarctations, lorsque la dilatation et la cautérisation avaient été employées sans succès par des hommes d'une habileté reconnue, et pendant des années. — Ils ont vu une foule de malades dans l'urètre desquels des bougies d'une ligne 1/4 de diamètre ne pouvaient être introduites qu'avec une peine extrême, et chez lesquels immédiatement après l'opération appropriée à la nature, à l'état des rétrécissements, j'introduisais, avec la plus grande facilité, une bougie de 10 à 12 lignes de circonférence. Evidemment pour arriver à un tel résultat, il faut agir avec une précision mathématique et bien connaître l'état pathologique de l'urètre. Si l'on n'agissait pas exactement sur la stricture, il serait impossible de remplacer sans exercer de violence, un corps dilatant assez petit, par un autre corps deux ou trois fois aussi volumineux : surtout lorsque les rétrécissements ont acquis une grande dureté, ainsi que cela a toujours lieu lorsqu'on a abusé de la cautérisation ou qu'on l'a mise en usage inopportunément.

Par *la moucheturation*, j'obtiens d'une manière tout-à-fait ra-

ler perfectionnement les changements qu'il leur a fait subir, et qu'il me serait peut-être permis de considérer comme rétrogrades (1).

En attendant, Messieurs, que je puisse vous adresser le travail que je prépare : 1° sur les avantages des mouchetures urétrales pour guérir promptement certaines coarctations de l'urètre, traitées sans succès par la dilatation et la cautérisation ; 2° sur l'insuffisance de la cautérisation latérale (à la Ducamp) pour guérir la plupart des états pathologiques de l'urètre qui rendent l'émission de l'urine plus ou moins difficile et souvent impossible ; 3° sur les inconvé-

---

tionnelle, et en agissant avec une précision mathématique, ce qu'on obtient quelquefois, et par hasard, à l'aide du cathétérisme forcé. Je dis par hasard, parce qu'il est impossible, lorsqu'on y réfléchit un peu, de ne pas reconnaître tout d'abord que si cette violence aveugle et *dangereuse*, à la MAYOR, avec des cathéters qui doivent être, dit l'auteur, « *d'autant plus volumineux que l'urètre offre plus de difficultés au cathétérisme et à la libre excrétion des urines*, » (SUR LE CATHÉTHÉRISME SIMPLE ET FORCÉ, 2e ÉDIT., p. 8, par MATTHIAS MAYOR), a produit quelquefois *de bons et durables résultats*, ce qui me paraît fort douteux, c'est parce que cette violence a été *suivie de la déchirure du rétrécissement et d'une émission sanguine assez abondante.*

(1) Afin que vous puissiez apprécier cette conduite, et tout en témoignant aux confrères qui sont nommés le regret que j'éprouve d'en être réduit à cette extrémité, je vais rapporter la note qu'on trouve au bas de la page 282 du livre de M. Leroy, sur la lithotripsie : « Je ne veux pas dire (c'est M. Leroy qui s'exprime de la sorte), » que M. Civiale ne soit très-capable d'imaginer de fort bonnes » choses ; *seulement il a montré souvent une grande prédilection* » *pour les inventions toutes faites.* Je ne demanderais pas mieux que » de croire qu'il a eu tout seul l'idée de l'écrou brisé, ce qui n'était » pas très-méritoire ; mais comme le médecin qui dans ses opérations

nients de la cautérisation à la Hunter, ou d'avant en arrière, qu'on veut ressusciter, bien qu'elle ait été abandonnée avec juste raison, comme irrationnelle et dangereuse, etc., ayez la bonté, je vous prie, de renvoyer cette lettre, le compte-rendu et les numéros de la *Gazette des hôpitaux* que

---

» lui présente la seringue et la sonde a publié, pour son compte, » une lettre au sujet de la note insérée par moi dans le Journal des » Connaissances médicales, je dois supposer qu'il a lu cette note; » et s'il l'a lue, il a dû trouver l'indication des écrous brisés et des » avantages que l'on peut en retirer pour la rapidité de la manœuvre.

» Ce sont-là de bien petites choses, dira-t-on peut-être, pour en » faire tant de bruit dans le public : mon Dieu ! je le sais mieux que » personne; mais il faut comme on dit hurler avec les loups, et M. » Civiale en établissant sa renommée par le journalisme et le com- » pérage, nous a mis dans l'obligation, pour combattre à armes éga- » les, *de faire insérer de temps en temps, par nos amis, dans les » journaux politiques, des articles à notre louange dans lesquels* » TOUTES NOS PETITES AMÉLIORATIONS DE DÉTAIL DEVIENNENT DES PER- » FECTIONNEMENTS D'UNE HAUTE IMPORTANCE. C'est au printemps sur- » tout, époque des opérations que la renommée embouche sa trom- » pette pour les hommes à spécialité; au moment où les malades » vont faire un choix, *il est bon en effet d'attirer leur attention, » en leur vantant l'excellence de sa méthode et l'adresse de sa » main.* Il faut convenir toutefois que M. Civiale a été dépassé dans » cette voie par M. Ségalas, qui, ayant moins fait pour la lithotritie, » avait par cela même plus besoin de publicité; pour lui, s'il conti- » nue, il nous mènera jusqu'aux cimbales et à la grosse-caisse. Peut- » être à la fin, l'excès du mal en sera le remède. »

(*De la lithotripsie par Leroy-d'Étiolles, D. M. page* 282 *et suivantes*, — 1836).

J'ai l'honneur de vous faire observer, messieurs, que c'est après avoir écrit une telle note, après avoir stygmatisé énergiquement certaines menées peu honorables, que M. Leroy vous a présenté comme étant de lui, des inventions qu'il savait m'appartenir, et qu'il en a fait retentir les journaux....

j'ai l'honneur de vous adresser, à la commission chargée de faire un rapport sur les instruments et le mémoire que vous a soumis M. Leroy. — Quand la commission aura terminé son rapport, veuillez envoyer ces pièces à la commission des prix fondés par le marquis d'Argenteuil, afin qu'elle puisse se les faire représenter plus tard si elle le juge convenable.

Je ne vous ai point adressé plus tôt, Messieurs, le travail dont je parle, parce que je voulais le rendre plus digne de vous être présenté, en perfectionnant, autant qu'il m'est donné de le faire, les modes de traitement que je suis heureux de pouvoir ajouter à la thérapeutique des affections de l'urètre et de la prostate.

Comme je désire démontrer par des faits que si, jusqu'à présent, on a aussi souvent échoué dans les traitements curatifs des affections diverses qui produisent l'ischurie et toutes ses conséquences, c'est parce qu'on a toujours traité ces états pathologiques d'une manière banale, soit par la dilatation ou par la cautérisation; tandis que par des moyens thérapeutiques *appropriés à la nature des rétrécissements*, on peut presque toujours, et souvent même très-promptement, obtenir une guérison complète, veuillez avoir la complaisance, M. le président, de nommer une commission qui puisse constater l'état de quelques malades que j'aurai l'honneur de vous présenter. — Je puis montrer un étranger ayant un grand nombre de fistules urinaires au scrotum et au périnée, et qui, depuis vingt ans, a été soigné par la plupart de nos célébrités chirurgicales.

Agréez, etc.,

G. Guillon, D.-M.P.

Extrait des pièces à l'appui.

Ce qui suit est emprunté au compte-rendu des travaux de la Société de médecine pratique pendant les années 1831 et 1832, ainsi qu'aux procès-verbaux des séances de cette Société insérés dans les quatre numéros de la *Gazette des hôpitaux* dont il est question dans cette lettre.

C'est M. le secrétaire-général de la Société, M. le docteur Serrurier, qui parle :

« Nous devons, dit-il, à notre confrère le docteur Guillon, plusieurs moyens thérapeutiques qu'il a ajoutés à ceux déjà préconisés. Ces nouveaux modes de traitement, et les heureuses modifications qu'il a fait subir à ceux qu'on employait avant lui, triomphent des obstacles qui s'opposent à l'émission des urines, en détruisant ces coarctations urétrales qui rendent cette fonction si pénible et si douloureuse.

» Il met en usage, dans sa pratique, les cinq méthodes ci-après :

» 1° La dilatation ou la compression excentrique, qui est la plus ancienne de toutes, et qui, ordinairement, n'est que palliative;

» 2° La cautérisation, qu'il distingue en cautérisation avec des agents à l'état solide, et en cautérisation avec des agents à l'état liquide. Ce dernier procédé, à l'aide duquel on agit avec plus de précision sur les parties malades, lui appartient en propre; et les substances qu'il emploie sont une dissolution de nitrate acide de mercure ou de nitrate d'argent, plus ou moins concentrée, suivant l'indication;

» 3° La lacération, la scarification, la comminution, l'incision des rétrécissements; opération qui consiste à diviser

ces parties plus ou moins, avec divers instruments inventés à cet effet, tels que l'espèce de lancette à gaîne de Dorner et de M. Physick; le bistouri caché de M. Aschmead; le mandrin armé de crêtes tranchantes de MM. Dzondi et Amussat, ainsi que le stylet tranchant et caché, substitué par ce dernier au précédent, sous le nom de scarificateur; et l'*urétrotôme* à lames concentriques de M. Guillon. Cet urétrotôme a l'avantage de diviser d'avant en arrière et de dehors en dedans les rétrécissements annulaires ou semi-annulaires, tandis qu'avec les autres instruments, l'incision ne peut se faire que de dedans en dehors (1);

» 4° L'excision excentrique que notre confrère pratique avec les instruments qu'il a inventés, et qui sont décrits ci-après sous les noms de sarcotômes;

» 5° Les mouchetures urétrales, au moyen desquelles on obtient un dégorgement plus ou moins considérable, et qui consistent en des incisions légères, dont le nombre va-

(1) Cet instrument que je nomme actuellement *stricturotôme* est composé de deux portions de tube fixées l'une dans l'autre, à coulisse, et d'une tige centrale à laquelle sont adaptées, suivant son volume, deux ou trois lacunes. Ces deux portions de tube qu'on fait mouvoir à l'instar des crayons en bois, à coulisse, laissent entre elles un intervalle proportionné à la longueur du rétrécissement; et les lacunes qui sont maintenues dans des rainures et dont le tranchant présente une coupe oblique divisent plus ou moins les strictures, suivant la volonté de l'opérateur.

Depuis que j'ai présenté ce premier *stricturotôme* à la société de médecine pratique, j'y ai fait ajouter des *lames excentriques*, de rechange, à l'aide desquelles on incise les rétrécissements de dedans en dehors. Ce dernier est un composé du précédent et de mon *moucheturatour*. A l'aide des *stricturotômes à lames excentriques*, *ou à lames concentriques*, on garantit complètement les parties saines, en bornant l'action des lames aux parties sur lesquelles on veut agir. G. G.

rie suivant les cas et le dégorgement qu'on veut obtenir (1).

» C'est à notre confrère que nous devons l'introduction de ces deux dernières méthodes dans la thérapeutique des maladies de l'urètre.

» Si l'excision concentrique, l'excision de dehors en dedans, rencontre encore des partisans, tels que M. Arnolt, en Angleterre, M. Jamieson, en Amérique, etc., on doit penser avec M. Guillon qu'elle n'en retrouvera plus aujourd'hui en France.

Bougies à bouts olivaires; à ventre; en forme de vis et filiformes.

» En lisant l'observation consignée dans la *Lancette* du 26 octobre de cette année, observation confirmant une guérison de rétrécissements du canal de l'urètre, obtenue par le docteur Clot-Bey, à l'aide du porte-empreinte, après avoir tenté inutilement de sonder le malade avec des sondes ordinaires, nous ne pouvons qu'applaudir aux résultats heureux de notre confrère Guillon, dans l'emploi, pour le même cas de rétrécissement, des bougies élastiques très-flexibles, de forme conique, dont l'extrémité offre un renflement oli-

(1) On trouve dans l'extrait du procès-verbal de la séance du 1er mars 1832 (Gaz., nº 29. T. VI) ce qui suit : « M. Guillon a rendu » compte à la Société des avantages qu'il obtient par les saignées » pratiquées dans l'urètre, à l'aide de son scarificateur et de la di- » latation, pour faire disparaître l'inflammation chronique de quel- » ques points du canal, celle des glandes de Cowper et de la prostate » qui rendent l'émission de l'urine plus ou moins difficile. Il fait ob- » server qu'il prolonge en quelque sorte à volonté, la sortie du sang, » au moyen de ventouses qu'il applique sur les mouchetures. Ces » ventouses consistent dans le tube du porte caustique à fenêtre » qu'il a montré et en une bouteille de caoutchouc à double ouverture » et à soupape, pourvue d'une allonge en verre qui s'y adapte, ou » d'une petite seringue dans le genre de celle du docteur Juck. »

vaire. Celles à ventre qu'il a imaginées depuis, et qui présentent un renflement du double de leur diamètre dans une étendue d'environ deux pouces et demi tout aussi flexibles au lieu renflé que dans le reste de leur longueur, également à bout olivaire, ont sur celles non-flexibles, employées jusqu'à présent, l'avantage de pouvoir être introduites avec facilité par les personnes les moins habiles, et de ne distendre que la partie malade de l'urètre ; de plus leur bout olivaire ne s'engage pas dans les lacunes du canal.

» M. Guillon a montré d'autres bougies en baleines, à ventre uni, de 4 ou 5 lignes de longueur, ou en forme de vis, dont l'extrémité filiforme extrêmement flexible se termine par un petit renflement olivaire, et au moyen desquelles *il espère toujours éviter le cathétérisme forcé.* Il a rapporté deux cas de rétention d'urine dans lesquels il les a employées avec un plein succès. Dans l'un de ces cas, la ponction de la vessie devait être pratiquée immédiatement. » (*Gaz.* du 14 février 1832.)

Instruments explorateurs.—Spéculum urètri.—Porte-caustiques.—Sarcotômes de l'urètre.—Urétrotômes..—Moucheturateur.

» La Société a pris une part non moins active à la description des différents instruments inventés et mis en usage par notre collègue, pour faire disparaître les rétrécissements de l'urètre dont la guérison n'a jamais lieu spontanément, et qui, tôt ou tard, amènent des rétentions d'urine plus ou moins graves.

» *Instruments explorateurs.* — Il a également fait voir les instruments qu'il emploie pour explorer l'urètre. Ce sont : 1° Des bougies creuses à parois très-extensibles, élastiques, dont la trame est à nu, ou en caoutchouc, enduites d'une couche de cire à modeler, dans une plus ou moins grande étendue, qu'on introduit sous un assez petit volume, après avoir préalablement dilaté le canal, et dont on augmente

ensuite le diamètre au moyen d'un liquide qu'on y injecte avec une espèce de seringue en caoutchouc; les bougies exploratrices rapportent l'empreinte exacte du rétrécissement; 2° Des explorateurs de différentes dimensions, à tiges très-flexibles, élastiques et graduées, dont l'extrémité vésicale se termine par un renflement en virgule, à bord saillant, uni ou mamelonné, et dont l'autre extrémité a la forme d'une feuille de myrthe.

»*Porte-caustiques.* Le premier est une espèce de sonde élastique de neuf pouces et demi de longueur, graduée sur deux côtés, dont le pavillon est évasé en entonnoir, et dont l'autre extrémité arrondie présente latéralement une ouverture ovale qui occupe le tiers de sa circonférence. Une tige flexible, qui offre un anneau à l'une de ses extrémités, et dont l'autre est garnie d'une éponge fine, sert à porter le cathérétique sur la partie malade.

» Le second est un porte-caustique en argent du même genre, pourvu d'une sorte *d'embout* flexible qui en facilite l'introduction, et dont la fenêtre est agrandie ou rapetissée à volonté, au moyen d'une pièce à coulisse, placée dans l'intérieur de l'instrument et fixée à son pavillon.

» A l'aide d'autres porte-caustiques gradués également, de forme droite et courbe, qu'il a présentés, on peut agir en même temps sur toute la circonférence du canal de l'urètre dans une étendue et avec une force plus ou moins grande, suivant l'indication : pour s'en tracer une idée, il suffit de savoir qu'ils se composent, 1° d'un tube conducteur, présentant des divisions par pouces et lignes; 2° d'une tige centrale, avec une sorte d'embout qui ferme l'extrémité vésicale de celui-ci, facilite son introduction, et sert à borner l'action du caustique; 3° d'un second tube, mobile sur cette tige, auquel est assujettie

une petite éponge, ou une espèce de pinceau qu'on imbibe du caustique liquide dont on fait usage.

» C'était remplir toutes les indications voulues que de pouvoir, dans le premier cas, isoler les parties du canal sur lesquelles on veut agir, et préserver les parties environnantes de toute atteinte de la part du caustique liquide; et, dans le second cas, de porter sans nul inconvénient sur les parties malades un caustique dont l'application, rationnellement et immédiatement faite, a couronné de succès les essais tentés par notre confrère, dans un grand nombre de circonstances.

» *Sarcotômes*. M. Guillon a montré plusieurs sarcotômes qui sont des espèces de sondes, droites et courbes, présentant de longues fenêtres à bords tranchants, dans lesquelles on introduit des mandrins appropriés, et dont il se sert pour exciser les excroissances, les cloisons qui peuvent exister dans le canal excréteur de l'urine, « *ou seulement les saisir de manière à pouvoir les arracher.* » (*Gaz.*, n° 113, p. 452.)

» Nous pouvons fournir un exemple d'une tentative dont le succès a répondu complètement à l'attente de l'opérateur.

» Le docteur Guillon rencontra chez un malade une affection particulière, qui se distinguait par une cloison qui séparait l'urètre en deux parties égales. (« La cire des porte-empreinte de Ducamp qui avaient servi à établir le diagnostic était divisée longitudinalement en deux masses aplaties, d'égal volume, à peu de chose près. » *Gaz.*, n° 113, p. 451.) Cette cloison était le résultat d'une fausse route faite par une sonde armée, et qui avait été convertie ensuite par le cathétérisme en un second canal s'étendant de six pouces à six pouces et demi de profondeur, de sorte que cette cloison avait six lignes de longueur. L'urine, passant ainsi par ces deux canaux, formait un petit jet bi-

furqué habituellement. Le malade urinait quatre ou cinq fois pendant la nuit et sept ou huit pendant le jour. Cette affection ne pouvant être détruite par la cautérisation, notre collègue, pour exciser cette cloison, inventa un instrument qu'il nomme sarcotôme. Il consiste *en deux canules en acier*, qui sont reçues l'une dans l'autre. La première, de neuf pouces de long, un peu arrondie à son extrémité vésicale, *présente une fenêtre d'un pouce de longueur et qui occupe la moitié de la circonférence*; la deuxième, de douze pouces de longueur, offre à l'une de ses extrémités une fenêtre en V, qui correspond à celle de la canule externe, lorsqu'elles sont l'une dans l'autre. Elles se meuvent comme ces espèces de niches mobiles dans lesquelles on renferme de petites statues d'ivoire. L'autre extrémité de la canule intérieure se termine *par une sorte de baïonnette, dont les côtés, ainsi que les bords des fenêtres, sont tranchants comme les lames d'une paire de ciseaux, et agissent de même.*

» Après avoir introduit la canule extérieure, à l'aide d'un conducteur, jusqu'à ce que la cloison fût engagée dans la fenêtre, il porta dans celle-ci la canule intérieure, en engageant la baïonnette sous la cloison; puis, faisant agir ces deux tubes en sens inverse, il coupa un des côtés de la cloison. Il dirigea ensuite la baïonnette dans le sens opposé; et la cloison, devenue flottante, fut excisée et ramenée dans l'instrument. Elle avait quatre à cinq lignes de hauteur, environ deux de largeur, et près d'une d'épaisseur. Cette opération a été pratiquée en 1830, et, depuis cette époque, la santé du malade ne s'est point démentie. Des bougies de quatre lignes pénètrent aisément dans la vessie (1).

---

(1) Au moyen de ces sortes de *ciseaux tubuliformes*, j'ai fait en 1833 *la résection* de la luette vésicale énormement tuméfiée, et

» *Urétrotômes*. Pour faire disparaître l'inflammation chronique de quelques points du canal, celles *des glandes de Cowper, de la prostate*, et dans certaines coarctations qui rendent l'émission de l'urine plus ou moins difficile, M. Guillon emploie plusieurs urétrotômes qu'il a également montrés, et avec lesquels il pratique des mouchetures ou des incisions plus ou moins nombreuses et plus ou moins profondes dans l'urètre, suivant les cas. L'ouvrage qu'il doit publier à ce sujet mettra les praticiens à même d'apprécier les avantages qu'offre l'application de *ses* différentes méthodes aux cas variés et multipliés des maladies de l'urètre. »

En définitive, toute la question est là : Ces descriptions s'adaptent-elles ou ne s'adaptent-elles pas aux modes de traitements et aux instruments que M. Leroy a présentés à l'Académie de médecine?

Voilà ce qu'on trouve dans le tome IV, n° 98 de la *Gazette*.

---

saignant au moindre contact des corps dilatants. Depuis cette époque, la santé de la personne qui a subi cette opération a toujours été parfaite, et l'émission de l'urine très-facile. — En 1835, j'ai *excisé*, avec un égal succès, deux fongosités du volume d'un haricot, développées dans le col de la vessie, et qui, comme l'affection de la luette vésicale, étaient la cause *d'ischuries* fréquentes et de *dysurie* habituelle.

Avec un *sarcotôme* à double fenêtre, j'ai arraché, en 1832, de l'urètre d'un marchand de musique, trois hydatides implantées à la partie supérieure du canal, à 5 pouces 1/4 du méat. Comme je publierai prochainement l'histoire de ces cas remarquables dont je n'ai pu trouver aucun exemple dans les auteurs, je m'en tiendrai à ce simple énoncé pour aujourd'hui. J'ai montré ces hydatides qui étaient puriformes, transparentes, et dont deux étaient encore réunies par leurs pédicules, à MM. Duméril, le baron Antoine Dubois, Cullerier, Serrurier, Souberbielle, etc., qui n'avaient jamais vu d'hydatides de l'urètre. G. G.

« M. Guillon fait voir (séance du 7 avril 1831, présidence de M. le baron Dubois) l'urétrotôme dont il avait entretenu la Société dans une séance précédente. *Cet instrument fort ingénieux consiste en une sonde de laquelle sortent plusieurs lames tranchantes au moyen desquelles on fait des incisions plus ou moins profondes dans l'urètre suivant l'indication. Il y en a de droits, de courbes et de flexibles. Les lames sont placées sur un côté seulement* (celui-ci s'appelle MOUCHETURATEUR), *ou sur toute la circonférence de l'instrument.* »

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'albuminurie ou hydropisie causée par maladie des reins; modification de l'urine dans cet état morbide, à l'époque critique des maladies aiguës et durant le cours de quelques affections bilieuses; par le docteur MARTIN-SOLON, médecin de l'hôpital Beaujon, etc. — 1 vol. avec planches coloriées. — Paris, 1838.

L'auteur annonce qu'il a reconnu, d'après les faits, toute la justesse des observations de M. Bright, sur l'état morbide des reins. Il dit avoir constaté, comme le médecin anglais, que cet état morbide produit un genre d'hydropisie que distingue la présence anormale dans l'urine d'une très-grande quantité d'albumine. L'*albuminurie*, ainsi que propose de l'appeler M. Martin-Solon, est donc un phénomène caractéristique qui précède et accompagne la maladie de Bright dans toutes ses phases et en forme un des éléments principaux. L'action de la chaleur et celle de l'acide nitrique démontrent la présence de l'albumine dans l'urine, non-seulement dans la maladie spéciale dont il s'agit, mais encore passagèrement dans le cours de plusieurs maladies aiguës, à l'époque critique de ces maladies. L'acide nitrique peut d'ailleurs produire en pareil cas, dans une urine *non-albumineuse*, un coagulum qu'il ne déterminerait point dans l'urine normale. L'urine doit donc être, sous ce rapport, distinguée en réellement *coagulable*, par la chaleur et

les réactifs (c'est l'urine *albumineuse*), et en simplement *précipitable* par les acides. Cette dernière n'est point coagulée par l'action de la chaleur, qui amène au contraire la dissolution du précipité formé de sels et d'une matière animale.

Cotugno est un des premiers médecins qui aient observé que l'urine de quelques malades atteints d'anasarque était coagulable par la chaleur (et par conséquent *albumineuse*).

Cruickshank admit que, dans certaines hydropisies, l'urine était coagulable comme le sérum du sang, et que dans d'autres, occasionnées par des lésions viscérales, l'urine n'était coagulable ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique.

Quelques autres observateurs ont encore mentionné le même fait; mais c'est au docteur *Richard Bright* que l'on doit la description exacte (avec planches) de la maladie des reins accompagnée d'urine *albumineuse* et d'hydropisie, qui fait le sujet du nouvel ouvrage de M. le docteur Martin-Solon. Le travail du médecin anglais a été publié à Londres en 1827.

Quelques thèses soutenues à la Faculté de Paris par des élèves de *M. Rayer*, médecin de l'hôpital de la Charité, ont fait connaître les recherches ajoutées par cet observateur distingué aux travaux d'outre-mer.

Cette année même, M. Rayer a publié, *ex professo*, un traité complet des maladies des reins, dont le premier volume seul a paru.

L'urine normale ne renferme point d'albumine. Le calorique ne la trouble point; mais en l'évaporant, il lui fait répandre une odeur insupportable. Les acides ne la coagulent pas non plus; ils l'éclaircissent au contraire lorsqu'elle contient quelques nuages de mucus. L'acide nitrique lui donne seulement une teinte rougeâtre.

L'urine *albumineuse*, qui s'observe dans l'hydropisie de Bright, précipite abondamment par l'acide nitrique, et se coagule par l'action de la chaleur; c'est à cette double épreuve qu'on reconnaît son caractère. Un état spécial des reins est la source du mal : cet état consiste dans une dégénérescence particulière, dont le premier degré est caractérisé par l'hyperhémie de la substance du rein; le second degré, par une décoloration jaunâtre qui donne lieu à des marbrures et à des stries; le troisième degré par une teinte jaunâtre plus générale et plus uniforme, avec ramollissement plus ou moins

prononcé ; le quatrième degré par la *granulation* de Bright, c'est-à-dire un état grenu formé par des dépôts de grumeaux blancs et pultacés, disséminés dans l'épaisseur du tissu rénal ; le cinquième degré enfin, par une dégénération plus profonde et plus avancée, qui peut être accompagnée de productions ou déformations morbides diverses, telles que tubercules, kystes, indurations, atrophie, etc.

M. Martin-Solon a réuni sur la maladie de *Bright* vingt-huit observations qui lui sont propres. Dans quelques-unes, la lésion des reins existait seule pour expliquer l'hydropisie concomittante ; dans d'autres, quoiqu'il se rencontrât quelques lésions viscérales réunies, le cœur, du moins, et le foie étaient sains. Aussi ce savant praticien n'hésite-t-il pas à tirer de ses observations la conclusion suivante, savoir : que les caractères anatomiques, l'*albuminurie*, la marche particulière des infiltrations et des collections forment de la maladie de Bright une *hydropisie spéciale* que l'on ne peut confondre avec aucune autre affection.

Mais est-ce là tout? L'anatomo-pathologiste étant satisfait, puisqu'il a trouvé une lésion organique suffisamment constatée, le médecin vitaliste ne peut-il pas chercher à remonter au-delà de la lésion locale, et à s'enquérir si cette lésion n'est pas elle-même un effet de troubles plus généraux survenus dans la nutrition, dans la sanguification, dans l'innervation... Troubles qui ont une si grande influence dans la production des hydropisies en général, et qu'il est si important d'étudier pour ne pas adresser uniquement les ressources de la thérapeutique à une lésion locale qui ne constitue pas à elle seule tout le mal? C'est une question que nous nous bornons à indiquer ici pour prémunir les praticiens contre la tendance, familière aux observateurs de nos jours, vers une *localisation* exclusive, et, cette localisation une fois effectuée, vers une étiologie qui se rattache presque toujours de près ou de loin à l'*inflammation*. Quoique les détails théoriques et thérapeutiques dans lesquels est entré M. Martin-Solon, prouvent qu'il n'a pas méconnu le point de vue *vitaliste*, nous ne pouvons nous empêcher de craindre, cependant, qu'il ne se soit encore trop laissé influencer par les rapprochements qui se présentent naturellement à l'esprit d'un anatomo-pathologiste de notre époque, entre la *néphrite* et l'*albuminurie*. Hâtons-nous de dire, toutefois, que l'auteur du traité que

nous annonçons a fait preuve, dans son livre, non-seulement d'une grande sagacité d'observation et d'un esprit d'induction très-judicieux, mais encore d'une expérience clinique consommée, qui l'empêche de subordonner trop rigoureusemeut le choix des agents thérapeutiques aux idées théoriques qui ressortent de l'observation des altérations pathologiques étudiées sur le cadavre.

Aussi, nous n'hésitons pas à recommander aux praticiens comme une fort bonne monographie le *Traité de l'albuminurie*, tout en désirant que, par de nouvelles observations et une expérience plus prolongée, l'auteur arrive à éclaircir les points encore un peu litigieux d'un sujet qui peut être regardé comme nouveau, du moins sous le point de vue qui a été embrassé par *Bright* et ses imitateurs.

G.

Lettres sur l'histoire de la médecine, et sur la nécessité de l'enseignement de cette histoire, suivies de fragments historiques; par J.-E. Dezeimeris, bibliothécaire de la Faculté, etc. — 1 vol. in-8°.— Paris, 1838.

Ayant échoué jusqu'ici dans les tentatives qu'il a faites auprès de l'autorité pour obtenir le rétablissement de la chaire d'*histoire de la médecine et de bibliographie médicale*, laissée vacante à la Faculté de Paris depuis la mort de Moreau (de la Sarthe), M. Dezeimeris s'est décidé à en appeler au public. Un volume destiné à éclairer l'opinion sur la nécessité de l'enseignement spécial dont il s'agit, vient d'être publié par ce médecin érudit. Ce volume se compose de deux parties : l'une que l'on pourrait appeler *polémique*, et dans laquelle on cherche à démontrer la légalité et l'utilité de l'enseignement historique ; l'autre, en quelque sorte *pratique*, donne en preuves de cette utilité, plusieurs fragments historiques déjà publiés soit dans les journaux de médecine, soit dans les dictionnaires. Nous n'avons point à revenir ici sur ces travaux connus du public médical. Nous remettons à un autre lieu ce qui regarde les articles qui concernent la *gale* et l'*éléphantiasis* en particulier. On retrouve d'ailleurs dans chacune des deux parties et le savoir et le caractère de l'auteur. Suivant M. Dezeimeris, l'enseignement qu'il désire voir renaître existait en 1822, lorsque l'autorité décida l'expulsion des professeurs Moreau (de la Sarthe), Dubois, Desgenettes, Pinel, Chaussier, Vauquelin, de

Jussieu, etc. Je ne veux ici me constituer juge ni de la *légalité*, ni de l'*opportunité* de cette mesure. . . . . (M. Cayol a fait justice depuis assez long-temps déjà des récriminations plus ou moins intéressées auxquelles elle a donné lieu); mais M. Dezeimeris voudra bien m'accorder que si tous les savants que je viens de nommer après lui, étaient estimés à juste titre, assurément ce n'était pas en leur qualité de *professeurs*. Pas un d'eux, en effet, ne faisait de cours à l'époque dont il s'agit, ou si quelques-uns s'efforçaient de faire quelques leçons chaque année, c'était dans un amphithéâtre complètement dépourvu d'auditeurs. Relativement à Moreau (de la Sarthe) en particulier, j'avoue que je serais bien curieux de connaître *un seul élève* auquel il eût, je ne dirai pas appris, mais enseigné l'*histoire de la médecine*. Ainsi donc, quoi qu'en dise M. Dezeimeris, cet enseignement, sinon en droit, du moins en fait, pourrait être regardé comme une nouveauté dans l'école de médecine de Paris. Mais qu'importe? Ce n'est pas là la question essentielle, *surtout* pour le public. Le principal est de savoir s'il y aurait utilité dans l'institution ou le rétablissement de l'enseignement historique au sein de la Faculté. Or, je déclare, pour ma part, que le doute ne me paraît pas possible en pareil cas; je partage pleinement à cet égard les convictions de M. Dezeimeris. Je l'approuve encore bien plus quand il demande le *concours* pour seul mode de nomination à cette chaire, et qu'il offre avec un noble désintéressement de se désister, à cette occasion, de sa place de bibliothécaire, afin que cette place, comme il est bon et juste de le faire, puisse être de nouveau réunie à la chaire d'histoire. Conçoit-on, après toutes les forfanteries des rénovateurs éclos au soleil de Juillet, qui criaient sur les *toits* que l'institution si libérale et si féconde du *concours* devait être étendue et développée le plus possible dans une ère nouvelle de *lumières* et de *liberté*..., conçoit-on, dis-je, qu'il puisse être sérieusement question aujourd'hui de la suppression du concours, précisément dans le cas où l'on ne peut faire aucune objection sérieuse contre ce mode de nomination, c'est-à-dire quand il s'agit de l'institution d'un *professeur*, d'un homme, par conséquent, qui est appelé tous les jours à faire ses preuves en public? Ce serait une mystification de plus à ajouter à toutes celles dont nous avons été les témoins..... Puissent les généreux efforts de M. Dezeimeris nous en préserver!

G.

REVUE MÉDICALE.

(*Mars 1839.*)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

COUP-D'OEIL

SUR LES PROGRÈS DE LA CHIRURGIE EN 1838.

(Suite et fin (1).)

CHAPITRE DEUXIÈME.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE SPÉCIALE.

I. — *Maladies des vaisseaux.* L'histoire des maladies du système vasculaire constitue certainement un des points les mieux éclairés de la chirurgie : il est fort difficile d'ajouter à ce qui a été dit et écrit sur les affections du système artériel, après les travaux de John, Scarpa, Abernethy, Hogdson, A. Cooper, Breschet, etc.

Nous aurions, toutefois, relativement aux altérations anatomiques du tissu artériel, à signaler une bonne analyse chimique des concrétions morbides de ces vaisseaux, empruntée aux journaux allemands, et reproduite avec détail dans l'*Expérience* (2).

On trouve dans les recueils périodiques un assez grand

(1) *Voir* les deux premiers articles dans la *Revue médicale* des mois de janvier et février 1839.

(2) L'*Expérience*, février 1838, t. 1, p. 347.

nombre d'observations de ligatures de troncs artériels considérables, soit pour des tumeurs anévrismales, soit pour des plaies étendues des parois vasculaires.

Indépendamment de ce qui est relatif aux artères de troisième ou quatrième ordre, nous aurons à noter : 1° un cas de ligature de la sous-clavière droite, pour un anévrisme de l'artère axillaire, pratiquée par M. Jobert à l'Hôpital St-Louis (1), sur un point dilaté du vaisseau, en-dehors des scalènes; 2° un fait de ligature de la carotide primitive droite pour un anévrisme traumatique de ce même vaisseau. Le fil fut serré à un demi-pouce du tronc brachio-céphalique ; la guérison rapidement obtenue (vingt jours) ne s'est pas démentie. Il y eut cela de remarquable, dans cette observation, due au docteur Argyll Robertson, qu'il survint, quelque temps avant qu'on se décidât à l'opération, une hémorrhagie par la bouche ; on avait observé au début des symptômes cérébraux, dus, sans doute, à la compression des veines par la tumeur artérielle (2).

3° Une double ligature de la sous-clavière droite et de la carotide du même côté pour un anévrisme de la sous-clavière droite, pratiquée par M. Liston.

4° La même opération faite pour un anévrisme de l'artère innominée et de la sous-clavière droite, par M. Fearn. Dans ce dernier cas, tout semblait annoncer le succès, qui a été obtenu dans le premier.

Ces deux faits nous semblent fort importants, en ce qu'ils pourront contribuer à faire revenir de la proscription trop sévère de la méthode de Brasdor. Ils confirmeraient le

(1) L'*Expérience*, mars 1838, p. [illegible]

(2) *The Lancet*, janvier 1838.

principe établi dans ces dernières années, relativement à la guérison des anévrismes, à savoir : qu'il suffit de retarder le cours du sang dans la tumeur pour obtenir des dépôts successifs de fibrine, oblitérant la cavité morbide (1).

4° Le même recueil contient l'histoire d'un anévrisme diffus de la région poplitée, dont la tumeur s'était développée dans l'espace de six semaines, ce qui est fort remarquable. La ligature de la fémorale fut suivie de la gangrène du membre, qui entraîna le malade (2).

5° La ligature de l'artère iliaque externe pour une varice anévrismale énorme, siégeant à la région inguinale, et survenue à la suite d'une plaie dans cette partie, par M. Morrisson (3). Malheureusement le malade succomba. C'est le second cas de varice anévrismale pour la guérison duquel on ait tenté la ligature de l'artère iliaque. L'autre se trouve consigné dans la chirurgie militaire de Hennen.

Les exemples de ligature pratiqués, sinon en même temps, du moins à un faible intervalle, sur deux des troncs artériels, sont assez rares pour rapprocher, des faits déjà connus, celui rapporté par M. Guyné Bird, qui lia, à deux mois de distance, les deux artères fémorales, suivant la méthode de Hunter, pour deux anévrismes poplités. La guérison fut complète ; toutefois, il y eut pendant quelque temps réapparition des battements dans l'une des deux tumeurs, la plus récente. Malgré cela, on ne fut pas obligé

(1) *The Lancet*, août 1838, et *Gaz. méd.*, 1838, p. 601.

(2) *Gaz. méd.*, 1838, p. 487.

(3) *The American journal of the medical sciences*, troisième trimestre, 1838.

de recourir à d'autres moyens, ni à une seconde opération pour les faire disparaître (1).

Parmi les faits intéressants de blessure d'artère, nous aurions à citer : 1° l'ouverture de la carotide primitive gauche par une épine de poisson, arrêtée dans l'œsophage; le malade succomba sans qu'on ait tenté la ligature (2).

2° L'observation fort remarquable d'une plaie de l'aorte ascendante cicatrisée, dont les détails, empruntés aux journaux allemands, ont été reproduits par les Archives de médecine (3). Ce fait a été recueilli et publié par le docteur Neil de Bomberg.

— La thérapeutique des maladies des veines s'est enrichie des tentatives heureuses de M. Breschet, pour la cure radicale du varicocèle. Dans le procédé de ce chirurgien, la tumeur variqueuse, séparée du canal déférent, est saisie et comprimée fortement entre les branches d'une pince; l'instrument reste appliqué assez long-temps pour qu'il y ait section des parties molles, étranglement et oblitération des veines; les parties comprises entre les mors de l'instrument peuvent même être totalement coupées, on les réunit ensuite après la chute des pinces.

La circulation veineuse se trouve nécessairement empêchée dans les gros troncs veineux, elle n'a plus lieu que par les veines capillaires, et la cure radicale est obtenue ainsi de la manière la plus sûre, sans aucun danger pour les malades.

---

(1) Loco citato, *The Lancet*, janvier 1838.

(2) *The Edimburgh medical and surgical journal*, premier cahier, 1838.

(3) *Zeitsch. fur die arzt. von neuve*, deuxième cahier, 1837. (*Archives de médecine*, page 109, t. II, troisième série.)

Les récidives, après l'opération, sont fort rares, et si dans quelques cas les guérisons ne sont que partielles, au moins observe-t-on un notable soulagement; si l'on fait attention en même temps à l'innocuité de cette méthode, on aura une idée de son importance et des services qu'elle peut rendre à la thérapeutique chirurgicale (1).

De nouvelles observations ont confirmé l'efficacité de la méthode de M. Davat pour le traitement des varices des membres inférieurs. Celle de M. Velpeau, qui en diffère en ce sens, qu'au lieu de pénétrer dans l'intérieur de la veine il la soulève et passe au-dessous, semble devoir rester dans la pratique; car, si ce chirurgien coupe presque nécessairement la veine, il évite le séjour d'un corps étranger dans l'intérieur du vaisseau, ce qui est un point capital. Les résultats de cette méthode ont été consignés dans un mémoire de M. Hélot (2).

Ces travaux sur les varices, les expériences et les observations sur lesquelles ils reposent, ont d'autant plus d'importance à nos yeux, qu'une affection si commune, si pénible par la gêne qu'elle apporte dans les mouvements, souvent grave, même par les résultats qu'elle entraîne après elle, et qui n'avait jusqu'à ces dernières années qu'un traitement palliatif, pourra désormais être guérie radicalement, et cela sans danger. Le point important a été compris : c'est l'oblitération à l'aide d'une inflammation adhésive, déterminée à l'abri du contact de l'air : il n'y a plus à songer maintenant

(1) H. Landouzy, *Journ. des conn. méd. chir.*, janvier et mars 1838, p. 1 et 7, t. VI.

(2) Hélot, *Des varices en général, de celles des membres abdominaux en particulier, et de leur cure radicale.* (Recueil cité, juillet 1838, p. 6.)

à l'excision, à la ligature par les procédés anciens; toutes ces méthodes ne doivent figurer que dans l'histoire de l'art.

— Enfin pour terminer ce qui est relatif aux maladies du système sanguin, nous rappellerons seulement quelques observations éparses de tumeurs érectiles traitées par diverses méthodes, et le mémoire de M. Bouchacourt qui renferme un certain nombre de cas de ce genre opérés par ligature, l'excision simple ou avec autoplastie, etc.

II. — Parmi les affections du système musculaire, les rétractions de certains faisceaux charnus ont été étudiées avec plus de soin, et en elles-mêmes et dans leurs conséquences; à ce chef nous rapporterons les travaux publiés sur *le torticolis ancien*, et la théorie de M. J. Guérin, sur la cause des pieds-bots.

Indépendamment de travaux plus anciens, et déjà connus dans la science, du mémoire de M. Dieffenbach sur la section du sterno-cléïdo-mastoïdien dans le torticolis (1), traduit par M. Bouvier et inséré dans l'*Expérience*, des opérations pratiquées plus récemment sur ce faisceau musculaire par MM. Bouvier, Fleury, etc., nous avons à rappeler les idées de M. J. Guérin : d'après lui le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien constitue deux muscles distincts, le sterno-mastoïdien et le cléïdo-mastoïdien. Ces deux muscles ont des fonctions séparées : le premier est surtout fléchisseur et rotateur de la tête, l'autre est un muscle essentiellement inspirateur. Suivant M. Guérin, dans le torticolis attribué jusqu'ici au raccourcissement total du sterno-cléïdo-mastoïdien, la portion sternale du muscle serait seule primitivement affectée;

(1) Recherches et observations cliniques sur les tumeurs érectiles. (*Revue médicale*, 1838, t. III.)

d'où cette conséquence pratique que, dans le traitement du torticolis chronique, la section de la portion sternale seule suffit pour faire disparaître la cause essentielle de la difformité. Cette conclusion est vraie pour un certain nombre de cas, mais elle ne saurait être adoptée d'une manière exclusive, puisqu'il est assez fréquent de voir la totalité du muscle affectée dans le torticolis chronique, et qu'il n'est pas sans exemple de voir le faisceau clavicolaire seul contracturé. C'est ainsi que sur les trente-sept observations rapportées dans le mémoire de M. Dieffenbach, la totalité du muscle était contracturée dans vingt-quatre, sur trente et une où le siége de la rétraction est indiqué. Six seulement ont offert la rétraction isolée du faisceau sternal, et une celle du faisceau claviculaire (1).

Il n'en est pas moins vrai que les conclusions du travail de M. Guérin, admises avec des restrictions, doivent être considérées comme un fait acquis, et devant modifier dans un bon nombre de cas la conduite du chirurgien, et aussi les procédés opératoires.

Faisant à la déviation qui constitue le pied-bot l'application de ses idées sur la rétraction musculaire, M. Guérin voit dans la rétraction musculaire convulsive ou contractère des muscles de la jambe une cause de pied-bot congénital. Cette opinion et les faits sur lesquels elle s'appuie donnent un nouveau poids à la méthode de traiter cette affection par la section du tendon d'Achille (2); je ne pense pas cependant qu'il y ait lieu à rejeter sans appel la théorie de l'arrêt de déve-

(1) Bouvier, Réflexions ajoutées au mémoire cité. (*L'Expérience*, 1838, t. II, p. 277.)

(2) Séance de l'Académie royale de médecine, 11 déc. 1838.

loppement, celle par pression des parois utérines ; la plupart des causes du pied sont trouvées maintenant, il s'agit moins d'en rechercher de nouvelles, que d'appliquer celles déjà connues aux cas spéciaux que l'on pourra rencontrer. M. Guérin insiste avec soin sur ce diagnostic différentiel, mais on ne saurait actuellement encore l'établir d'une manière nette et bien tranchée.

A propos de la contracture musculaire nous ne devons pas oublier les faits pratiques d'un si haut intérêt, rassemblés par M. Récamier dans la *Revue médicale* (1); on se rappelle sans doute les succès qu'il a obtenus par l'extension, le massage et la percussion cadencée, et comment, en suivant ses principes, M. Séguin a guéri un torticolis datant de sept mois, avec déviation de l'épine, sans aucune opération chirurgicale (2).

On comprendra facilement la portée de ces moyens, et l'heureuse influence qu'ils peuvent exercer sur des maladies rebelles à une foule de traitements ; on ne fera pas difficulté, je pense, de les accepter comme un véritable progrès, en ce sens qu'ils pourront dans un certain nombre de cas dispenser d'en venir à une opération chirurgicale, qui en tout état de cause doit être considérée, et ne devra être mise en usage que comme un moyen extrême.

III. *Maladies des os.* — Les fractures des côtes, dont l'histoire exacte et complète restait encore à faire, ont donné lieu à des recherches d'un grand intérêt, de la part de M. Mal-

(1) *Revue médicale*, 1838, t. I, p. 74 et 481.

(2) Séance de l'Académie de médecine, 24 avril 1834.

gaigne (1). Il résulte des faits rassemblés par ce chirurgien que la plupart des fractures indirectes ont lieu dans la moitié antérieure des côtes, et non vers le milieu, ainsi que l'ont répété tous les modernes sur la foi de J.-L. Petit. Les fractures par cause interne signalées depuis long-temps avaient été observées par Gooch et par Monteggia, M. Malgaigne en rapporte d'autres exemples. Il reproduit les trois grandes divisions admises par Monteggia, mais en y ajoutant de nouvelles variétés : ainsi d'après lui les fractures incomplètes peuvent affecter les côtes de deux manières : tantôt c'est la moitié inférieure ou supérieure de l'os qui est divisée, l'autre moitié demeurant intacte; tantôt la fracture occupe une des faces de l'os en respectant l'autre. Les fractures bornées à l'une des faces de l'os sont simples ou multiples. Le plus ordinairement elles affectent la table interne, quelquefois seulement la table externe. Elles se produisent aussi bien par cause indirecte que par cause directe, et généralement elles affectent plusieurs côtes à la fois. M. Malgaigne démontre également la possibilité de l'enfoncement ou plutôt du bombement de l'une des tables costales sans fractures et des déchirures dont le poumon peut être le siége aux endroits des fractures.

Le déplacement peut manquer dans une fracture complète, cela dépend de la résistance du périoste, des muscles intercostaux, ou de l'engrénage des fragments. Les déplacements permanents sans esquilles, niés par les auteurs, peuvent avoir lieu suivant M. Malgaigne, même dans les fractures simples en apparence. Le déplacement primitif reconnaît la même cause que la fracture. Cette dernière est presque aussi souvent mul-

(1) Recherches sur les variétés et le traitement des fractures des côtes. (*Archives de médecine*, numéros de juillet et août 1838.)

tiple qui simple dans une même côte; il est assez fréquent de voir en même temps des fractures incomplètes.

M. Malgaigne confirme l'existence des enfoncements sans fractures; mais il faut s'entendre à ce sujet, car il y a lésion de continuité de la table interne et du diploé, la table externe reste intacte, enfoncée, fléchie en dedans, et constitue une véritable bosselure. Le point important est ce qui a trait à la thérapeutique. L'auteur repousse l'emploi de tout moyen compressif, de toute espèce de ceinture dans les fractures avec enfoncement; car les ceintures, dans ces cas, ne font qu'aggraver la maladie par l'augmentation du déplacement, et la production d'une pneumonie mortelle. Au contraire, le bandage est indispensable quand les mouvements respiratoires excitent des douleurs que la constriction modère. Quand ces douleurs n'existent plus on peut s'en passer sans inconvénient; quand elles persistent malgré son emploi il est à la fois inutile et nuisible. Pour éviter la compression des deux côtés de la poitrine à la fois, l'auteur propose l'usage d'un bandage herniaire à ressort anglais, appuyant en avant sur le sternum, en arrière sur le rachis, soutenu par une bretelle qui passerait sur l'épaule opposée.

Dans le but d'obtenir la réduction des fragments déplacés, M. Malgaigne a imaginé l'emploi d'une espèce de tenaculum pointu qui serait enfoncé dans la région malade; on pourrait de cette manière attirer au dehors les fragments sans inciser la peau et les couches sous-cutanées. Ce moyen se rapproche du reste, à la différence près de la durée de son application, de celui proposé par le même auteur pour le rapprochement des fragments dans la fracture de la rotule.

— Parmi les cas rares de fracture observés cette année, nous

citerons le fait rapporté par M. Lodoz (1) d'une fracture du cartilage thyroïde, produite par la pression digitale. Cette fracture à bords inégaux, ayant presque la forme d'un S, avait quinze millimètres de longueur, et s'étendait depuis quelques lignes au-dessous du bord supérieur de la partie droite du cartilage, jusqu'à l'union des deux tiers postérieurs du côté droit avec son tiers antérieur. Ce qui explique dans ce cas la possibilité de la fracture, c'est que, bien que le malade n'eût encore que trente-sept ans, déjà le cartilage thyroïde offrait une ossification fort avancée, ce qui confirmerait du reste l'opinion de Bichat, qui avait remarqué que dès l'âge de trente-six à quarante ans, et même bien avant, les cartilages du larynx sont osseux dans leur centre.

— L'histoire des luxations s'est enrichie de quelques faits, les uns confirmatifs de ceux qu'on possédait déjà, les autres en opposition avec les idées anciennes. Ainsi M. Baron, dont la science déplore la perte prématurée, a rapporté l'observation d'une luxation incomplète de la hanche, dans laquelle, la tête du fémur reposant sur la partie la plus saillante du rebord supérieur de cette cavité, il y avait ce qu'on pourrait appeler une luxation cotyloïdienne supérieure et externe. Les principaux symptômes étaient : une abduction avec rotation en dehors de la cuisse luxée, un raccourcissement de quatre à cinq lignes à peu près, et la présence d'une tête arrondie à la partie supérieure et externe de la cuisse. Suivant M. Baron le meilleur procédé de réduction consisterait dans l'extension directe en bas, combinée avec un léger mouvement de rotation en dehors. S'il est vrai de dire que M. Malgaigne, un des

(1) Annales et Bulletin de la Société médicale de Gand. (*Gaz. méd.*, 1838, p. 698.)

premiers, appela l'attention sur les luxations incomplètes du fémur dans une lettre adressée à l'Académie de médecine à ce sujet, on ne saurait cependant nier complètement avec lui l'existence des luxations complètes; ce serait aller trop loin, et démentir des faits trop authentiques pour être recusés.

Les luxations congénitales du fémur ont fait de nouveau le sujet de quelques recherches, moins au point de vue de leur étiologie, de leur théorie, que sous le rapport de leur thérapeutique.

M. Pravaz a communiqué à l'Académie royale de médecine (séance du 27 mars 1838) un nouveau cas de guérison de luxation congénitale du fémur, chez un jeune garçon, âgé de 8 ans. Dans une note de *la Gazette médicale* (1838, p. 206), M. J. Guérin annonce avoir obtenu six réductions de luxations congénitales du fémur, dont quatre chez deux sujets atteints de luxations doubles, et deux chez des sujets atteints de luxations simples. Chez trois de ces sujets la réduction a été permanente; chez le quatrième (luxation double), les luxations se sont reproduites plusieurs fois, et finalement, il a renoncé à les traiter. On se rappelle, en outre, les succès obtenus par M. Humbert; de telle sorte, que la possibilité d'arriver à de semblables résultats ne doit plus être un sujet de doute, même pour les esprits les plus sévères et les plus sceptiques.

— Nous ne dirons rien des maladies articulaires en général, d'une foule de méthodes conseillées pour la guérison des tumeurs blanches, par exemple; rien de bien positif ne pourrait être rappelé ici. — Nous ne parlerons pas de diverses résections des os pratiquées dans la continuité ou la contiguité, dans divers hôpitaux en France, par MM. Lisfranc,

Roux, Velpeau, notamment; en Allemagne, notamment par M. Dieffenbach, qui en a fait le sujet d'un travail remarquable, dont l'*Expérience* a donné la traduction (1). Ces opérations pour la plupart suivies de succès, et nous entendons surtout parler ici des résections de la mâchoire inférieure pratiquées à la Pitié par M. Lisfranc, et de la résection du maxillaire supérieur pratiquée par M. Velpeau, ne devaient être signalées que comme de nouveaux faits à ajouter à ceux fort nombreux qu'on possédait déjà.

Il en résultera pour nous cet autre enseignement, à savoir : que les résections considérées en général, et appliquées spécialement aux os de la face, peuvent être tentées dans une foule de cas, avec un espoir fondé de succès; que c'est, en un mot, une véritable conquête pour la chirurgie: on sait quelle part de gloire peut y réclamer M. Gensoul de Lyon.

— Nous n'avons rien dit des affections organiques du système osseux, car rien de saillant, ni même de satisfaisant ne pourrait être cité parmi les travaux publiés cette année.

— Les observations nombreuses relatives aux diverses méthodes de traiter les fractures n'ont pas été rappelées non plus; tout le monde sait que l'emploi de l'appareil inamovible se généralise de plus en plus, une masse considérable de faits est là pour prouver ses avantages; les bandes imbibées de solution épaisse de dextrine, avec ou sans carton mouillé, remplissent presque toutes les indications. Cette dernière modification est due à M. Velpeau, qui l'emploie tous les jours à la Charité.

(1) *Zeitschrift fur die gesamte medicine*, par Friake et Oppenheim.

Disons, en terminant ce qui est relatif aux maladies des os, qu'il reste beaucoup à faire pour éclaircir leur histoire. Et, malgré l'assertion de J.-L. Petit, l'histoire même des fractures, qui paraît simple, si mécanique, laisse de nos jours encore beaucoup à désirer.

IV. *Maladies des yeux et de l'oreille.* — L'étude des maladies des yeux, que tant d'hommes spéciaux poursuivent avec ardeur depuis quelques années en France, ne manque pas de s'enrichir de nouveaux faits et de nouveaux travaux. — Les épanchements sanguins dans l'œil et ses annexes ont été étudiés avec beaucoup de soins, et sous un point de vue nouveau, par M. Carron du Villards. Il les a rattachés à trois chefs principaux : épanchements traumatiques, épanchements congestifs ou par exhalation; enfin épanchements consécutifs à des lésions organiques (1).

Un cas d'apoplexie rare de l'œil par suite des efforts de tousser, rapporté dans le *Southern Medical and Surgical journal* (juin), pourrait rentrer dans le cadre précédent. Il fallut inciser l'œil malade, et vider le contenu de la coque; l'humeur aqueuse était très-abondante, le cristallin mou et pulpeux. Le corps vitré était amalgamé avec du sang noir caillé. Les suites de l'opération ont été heureuses, et le malade, âgé de dix ans, guérit en se servant plus tard d'un œil artificiel (2).

Le traitement de l'amaurose par la strychnine, administrée par la méthode endermique, a reçu une nouvelle confirmation entre les mains de M. Pétrequin, qui s'est attaché surtout

(1) Gaz. méd., 1848, p. 494.
(2) Même recueil, p. 617.

à bien préciser les cas d'amaurose qui réclament cette médication et ceux où elle n'est pas indiquée; c'est un point fort important que cette recherche des indications, c'est en la faisant avec soin qu'on arrive à mieux préciser l'emploi d'un remède, et qu'on évite d'en compromettre l'efficacité (1).

L'action de la belladone dans le traitement des maladies des yeux a été bien étudiée par M. Rognetta, et était en effet un sujet intéressant de recherches (2).

Le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales par la cautérisation de la membrane muqueuse des fosses nasales, avait fait, en 1837, le sujet d'un bon mémoire de M. Bonnet, de Lyon, qui rapportait des cas de guérison par la simple cautérisation de l'orifice inférieur du canal nasal. (*Bulletin de thérapeutique*, 1837.)

Le même recueil contient de nouvelles observations sur l'efficacité de la cautérisation de la membrane muqueuse des paupières, pratiquée en 1835 et 1836, dans le même hôpital par M. Bajard, alors chirurgien en chef. Il résulte des observations consignées dans ce mémoire, que l'application plusieurs fois répétée de nitrate d'argent sur la muqueuse palpébrale, avec ou sans le désobstrument du canal nasal, a suffi pour guérir non-seulement des tumeurs, mais encore des fistules lacrymales (3). Ces faits et d'autres

(1) Pétrequin, *Revue ophthalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon.* (*Gaz. méd.*, 1838, p. 469.)

(2) Rognetta, *Mémoire sur les vertus thérapeutiques de la belladone, et en particulier sur l'emploi de cette substance dans le traitement des maladies de l'œil.* (*Gaz. méd.*, 1838, p. 881.)

(3) Bouchacourt, *Du traitement de la tumeur et de la fistule la-*

analogues consignés dans les journaux et recueils de médecine tendent à diminuer de plus en plus le nombre des cas qui réclameraient l'opération et restreindraient par conséquent l'emploi de la canule de Dupuytren qui n'est pas sans inconvénient.

— Peu de travaux spéciaux, et un petit nombre d'observations sont venues s'ajouter à l'histoire si imparfaite encore des maladies de l'oreille. Toutefois, nous ne devons pas manquer de rappeler le mémoire remarquable de M. Dezeimeris, sur la perforation de l'apophyse mastoïde, dans diverses affections de ses cellules et dans quelques cas de surdité (1). Des faits intéressants sont reproduits dans ce travail, et tendent à faire revenir de la proscription dont on avait frappé, bien mal à propos je crois, cette opération si peu grave en elle-même.

V. *Voies aériennes.* — Parmi les faits intéressants relatifs aux maladies des organes respiratoires, nous noterons un cas de trachéotomie nécessitée par la présence d'une sangsue dans la trachée. Le premier et unique exemple de ce genre a été consigné par M. Lacretelle dans les Mémoires de médecine et de chirurgie militaire; celui dont il s'agit a été observé et rapporté par M. Vital, médecin à l'armée d'Afrique. Ce qu'il y a de remarquable dans ce dernier fait, c'est que l'opération fut pratiquée quarante-sept jours après l'accident. Le cartilage thyroïde fut incisé sur la ligne médiane de bas en haut, et la sangsue extraite encore vivante, c'était l'hæmopis vorax,

---

crymale par la cautérisation de la membrane muqueuse des paupières. (*Bulletin de thérapeutique*, août et septembre 1836.)

(1) *L'Expérience*, t. 1, p. 497 et 513.

si commune à Alger. Ce cas est singulier par l'erreur de diagnostic qui fut commise d'abord, (le malade rendant par les crachats, une certaine quantité de sang, on crut à l'existence d'une pneumonie et l'on fit plusieurs saignées), et aussi par l'heureux résultat d'une tentative hardie. Des faits de ce genre, si rares et si intéressants, doivent être soigneusement recueillis, c'est dans ces circonstances que brille surtout le tact chirurgical.

M. Fourret a présenté à l'Académie royale de médecine (séance du 6 mars 1838), une femme qu'il a opérée de la laryngotomie avec succès, à l'hôpital de la Pitié, en 1836. C'était pour une phlegmasie chronique avec boursouflement de la muqueuse qui tapisse le conduit aérien.

Une opération de ce genre a été faite dans le mois d'octobre dernier par M. Amussat; après avoir verticalement incisé le cartilage thyroïde, il a pu, à l'aide de cautérisations répétées, modifier sensiblement l'affection du larynx; mais, une désorganisation tuberculeuse latente du poumon a fait de rapides progrès, la malade a succombé.

L'opération de la laryngotomie, pratiquée dans les cas de laryngite chronique simple, ne doit donc pas être rejetée sans appel; c'est un sujet intéressant de recherches, et une nouvelle voie ouverte au traitement des maladies du larynx. De cette manière on remédie au danger immédiat de la suffocation qui résulterait du gonflement et du rétrécissement amené par la phlegmasie chronique, et l'on traite localement l'affection laryngée sur laquelle il est si difficile d'agir par en haut. On pourrait citer à l'appui de cette manière de voir les faits de M. Clouet de Verdun, de M. Bulliard, de MM. Godève et Senn, de Genève, les deux cas

de M. Regnoli, enfin la propre observation de Price de Plimouth (1).

VI. *Maladies des organes digestifs.* — Parmi les cas nombreux de hernie rapportés cette année, le fait recueilli par M. Lebert n'est pas le moins remarquable (2) : il s'agit d'une hernie inguinale renfermant l'estomac, avec le mésentère, les circonvolutions de l'intestin iléon, le cœcum, une partie du colon. Cette observation, intéressante déjà sous le rapport de l'anatomie pathologique, l'est devenue aussi au point de vue du diagnostic ; en effet, lorsqu'on percutait la tumeur quelques minutes après le repas, on obtenait un son clair à gauche et mat au côté opposé : en la percutant à jeun le son était clair des deux côtés, mais dans les deux tiers supérieurs seulement. En outre, pendant que le malade prenait des aliments, on voyait d'une manière évidente la tuméfaction progressive de la partie antérieure et supérieure droite de la tumeur ; et lorsqu'on appliquait la main sur cette même région, en même temps qu'on faisait boire l'individu, on apercevait très-distinctement le choc du liquide qui arrivait presque aussitôt dans son intérieur. M. Lebert a donc indiqué, pour les hernies de l'estomac, un nouveau signe diagnostic qui pourra désormais dans des cas analogues être mis à profit.

Nous avons à enregistrer une nouvelle tentative heureuse pour guérir un anus contre nature, suite d'une hernie avec gangrène. Le malade âgé de cinquante-deux ans portait depuis long-temps une hernie inguinale droite qui s'étrangla ; un médecin fut appelé, mais trop tard : déjà la gangrène avait

(1) Velpeau, *Traité de médecine opératoire*, t. II, p. 194 et suivantes.

(2) *Journ. des connais. méd.-chirurg.*, avril 1838, p. 148.

envahi la tumeur, il n'y eut plus qu'à favoriser la chute des escarres et l'issue des matières accumulées dans l'intestin. Bientôt il ne resta plus des accidents qu'une large perforation dans la région inguinale droite, perforation à travers laquelle on apercevait tout l'intérieur du cœcum dont la partie antérieure avait été détruite, et qui donnait passage à la plus grande partie, mais non à la totalité des fèces. Bientôt il y eut une chute d'intestin facilement réductible d'abord, puis irréductible au bout de quelque temps. M. Blandin eut avant tout à faire rentrer cette tumeur, c'est-à-dire tout le colon ascendant, l'extrémité inférieure de l'iléon, et la partie du cœcum qui avait échappé à la gangrène lors de l'étranglement. L'ouverture du cœcum avait lieu sans éperon, on ne pouvait donc appliquer l'entérotome; deux fois la suture simple précédée de l'avivement fut appliquée, mais sans résultat; dès-lors M. Blandin songea à l'autoplastie : un lambeau fut pris en dessous de l'ouverture fistuleuse, les bords supérieur interne et externe de celle-ci avivés, ces bords saignants de la plaie et du lambeau affrontés. Il y eut réunion partielle, l'ouverture si étendue se trouvait convertie en une fente étroite dont les bords rafraîchis et réunis quinze jours après se cicatrisèrent bientôt. Aujourd'hui, disait M. Blandin en montrant son malade à l'Académie royale de médecine (séance du 24 juillet 1838), notre malade a son anus contre nature entièrement fermé par le lambeau que nous avons emprunté à la région de l'anus; on sent très-bien, en passant sur l'ancienne ouverture, la perte de substance considérable qu'a subie la paroi abdominale. Cette paroi est plus faible en ce point que partout ailleurs, et toujours elle aura besoin d'être contenue par la pelote d'un brayer.

Cette méthode, déjà conseillée et mise en usage par M. Collier, avait réussi à ce chirurgien, et semblait avoir reçu l'approbation de Dupuytren, pour les cas au moins où il ne reste plus qu'une fistule stercorale après le rétablissement des matières fécales; mais ce ne doit être qu'un moyen exceptionnel, lorsqu'il n'y a pas d'éperon et conséquemment pas d'obstacle profond au rétablissement du cours des matières fécales. « Elle convient, dit M. Velpeau, pour compléter la cure qui reste parfois imparfaite à la suite des autres médications, ou lorsque, par une méthode, par un moyen quelconque, on est parvenu à rétablir le cours des selles, et que depuis plusieurs mois l'ouverture stercorale ne donne plus issue qu'à des mucosités, des matières biliaires, ou quelques autres fluides intestinaux; que, malgré tous les soins, les pansements les mieux entendus, cette ouverture persiste et se maintient (1). » Et il faut ajouter : que la méthode autoplastique trouve une indication spéciale et nécessaire dans les cas où il y a eu à la fois, par suite de la gangrène, déperdition de substance de la peau et de l'intestin.

Parmi les procédés imaginés pour obtenir la cure radicale des hernies, les chirurgiens se partagent entre la méthode de M. Gerdy et celle de M. Bonnet de Lyon : cette dernière a reçu, depuis que son auteur l'a fait connaître, un certain nombre d'applications heureuses; mais cette méthode et celle de M. Delmas (2) demandent encore de nouveaux faits et de nouvelles expériences : c'est un point trop capital pour être décidé si promptement; car indépendamment de la question du danger immédiat de l'opération, danger qui est peut-

(1) Velpeau, *Traité de médecine opératoire*, t. II, p. 132.
(2) *Rev. méd.*, 1838, t. I, p. 245 et 402.

être moins grand qu'on ne le penserait d'abord ; on a à craindre l'inconvénient des récidives contre lequel il est fort difficile, j'allais dire impossible, de se défendre sûrement.

VII. *Maladies des organes génito-urinaires.* — Au sujet des affections des organes génitaux chez la femme, nous ferons remarquer un retour prononcé à la doctrine de l'ancienne Académie de chirurgie sur les maladies de l'ovaire. Les observations de tumeurs enkystées évacuées par la ponction, l'incision, les extirpations même, sont déjà nombreuses.

Parmi les faits pratiques de chirurgie publiés par le docteur Mussey (1), on trouve l'histoire d'une tumeur de l'ovaire, incisée avec succès, évacuée, et guérie par l'inflammation et l'adhésion des parois.

Cette opération a été faite il y a quelques mois à l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. Récamier, pour une hydropisie enkystée de l'ovaire. Ce fait remarquable et les détails qui s'y rattachent sont consignés dans la *Revue médicale* (janvier 1839, p. 19.)

L'ablation complète d'une tumeur ovarienne a été pratiquée avec succès par M. W. Jeaffreson (2). Il s'agissait d'une hydropisie, dont le sac mis à découvert au moyen d'une incision de dix à douze lignes, et vidé de son liquide par le trois-quart, fut séparé par l'instrument tranchant de

(1) *The american journal of medical sciences*, février 1838.

(2) The transaction of the provincial medical and surgical association, vol. 5. London, 1837. — Voyez l'*Expérience*, 1838, t. 1, p. 413.

ses attaches avec le côté gauche de l'utérus. On eut soin d'étreindre d'une ligature le pédicule qui unissait la tumeur à l'utérus; lorsqu'on vit la dilatation des vaisseaux épanouis à la surface du sac. Après quelques accidents assez légers, la malade guérit.

Cette opération a été faite pour une affection analogue de l'ovaire, mais suivant une autre, dans le cas rapporté par le docteur Ch.-F. Quittembaum (1). On fit, comme dans le cas intéressant publié par M. le professeur Lizars, une beaucoup trop grande incision, dont les dangers ne sauraient être niés.

Prévenant la circonstance fâcheuse d'adhérences considérables entre le kyste et les viscères, M. Jeaffreson, afin de donner à la nature la chance dont elle paraît s'être servie dans les quelques cas de guérison accidentelle ou spontanée dont nous possédons le récit, aurait permis au fluide sécrété par le kyste de s'écouler dans la cavité péritonéale, en incisant la portion qui serait le plus facilement sortie à travers la plaie extérieure. Dans le but de prévenir toute effusion de sang, on aurait dû lier tous les vaisseaux divisés avant de faire rentrer les parties dans l'abdomen.

M. King, de Saxmundham, a pratiqué cette opération sur une dame où le kyste ovarique était beaucoup plus distendu; et après avoir évacué vingt-sept pintes et demie de liquide, il tira le kyste tout entier avec une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde. Cette dame s'est rétablie sans aucun accident.

---

(1) Commentatio de ovarii hypertrophiâ et historia extirpationis ovarii hydropici et hypertrophici prospero cum successu facto, p. 25.

On revient donc, ainsi que nous l'avons indiqué en commençant ce paragraphe, à l'excision des tumeurs de l'ovaire; mais il importe de bien entendre cette méthode : ce n'est ni l'ablation à travers une large ouverture des parois abdominales, ni même l'incision avec exfoliation du sac en honneur dans le XVIIIe siècle; ce n'est pas non plus la simple ponction qui n'est qu'un palliatif; c'est une combinaison de la première et de la troisième de ces méthodes, et cela me paraît surtout important. Il s'agit, par une ponction préalable, de réduire la tumeur à sa plus simple expression, afin de l'extraire au travers d'une petite ouverture. On pratique une incision de douze à dix-huit lignes environ sur le côté correspondant de l'ovaire, on incise petit à petit les tissus comme dans l'opération de la taille sus-pubienne, et l'on met en évidence la tumeur, on la saisit solidement avec un crochet double et on y fait une ponction. A mesure que la poche se vide on tire ses parois au-dehors. Enfin on lie la base ou le pédicule et on laisse tout ce qu'il y a de libre du sac. Les fils doivent être assurés au-dehors; on fait rentrer tout le reste, et l'on réunit la plaie par première intention.

Ce procédé n'est pas applicable lorsqu'il existe des adhérences, alors on fera suppurer le sac en l'ouvrant largement, le vidant, et y laissant une mèche à demeure. Je ne pense pas qu'il y ait lieu de proposer la dissection des adhérences. On pourrait peut-être, dans le cas où la tumeur serait libre dans une portion de son étendue, exciser ce qui est sans adhérences, ou bien le maintenir après l'avoir ouvert, dans la plaie des parois abdominales, comme le conseillent quelques auteurs pour certains cas d'altération de l'épiploon dans l'opération de la hernie étranglée.

—L'histoire des maladies de l'utérus est restée stationnaire,

et pour leur pathogénie, et pour leur thérapeutique. Serait-ce qu'il n'y a rien à ajouter à ce qui a été fait? je ne le pense pas. Je note ici comme un fait remarquable qu'il n'a pas été publié cette année un seul cas d'excision du col de l'utérus. Nous n'avons aucune connaissance d'une opération de ce genre faite dans les hôpitaux de Paris, dans le même espace de temps. Nous ne dirons pas la même chose relativement aux polypes; plusieurs ont été liés ou excisés, et deux ou trois cas fort remarquables, entre autres, se sont présentés récemment à la Pitié, dans le service de M. Lisfranc.

— Peu de maladies ont excité autant le génie chirurgical que les fistules vésico-vaginales; il serait difficile d'en citer d'autres, à part toutefois la tumeur et la fistule lacrymales, pour lesquelles on ait imaginé tant de méthodes et de procédés. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les succès sont fort rares, tandis que les tentatives malheureuses, les opérations infructueuses ne se peuvent plus compter. Et pour peu qu'on réfléchisse aux obstacles à surmonter, on sera porté à accueillir avec faveur, je devrais dire avec enthousiasme, les cas de guérison bien authentiques. Le fait communiqué par M. Jobert, à l'Académie royale de médecine (1), est donc d'un haut intérêt. Le procédé de ce chirurgien consiste à prendre un lambeau aux dépens d'une des grandes lèvres, à le traverser avec une aiguille armée d'un fil, dont on ramène les deux bouts à l'aide de la sonde de Belloc. Ces deux bouts sont passés ensuite dans le méat urinaire, la face saignante du lambeau est retournée en haut, et après qu'il l'a fait basculer sur son pédicule, il

(1) Séance de l'Académie royale de médecine, 27 mars 1838.

le porte sur l'ouverture fistuleuse. Les bords de la plaie ont été d'abord avivés.

Cette opération si ingénieuse échoua à la première application; mais répétée sur une autre femme, avec la précaution de faire un lambeau plus épais, et de ne le séparer des chairs auxquelles il tenait par son pédicule que lorsque les adhérences furent complètes, elle réussit parfaitement.

Un pareil succès doit engager les chirurgiens à marcher dans cette voie; mais on doit s'attendre à des revers, ou tout au moins à des tentatives infructueuses; il faut, dans ces cas malheureux, apprécier avec soin les circonstances auxquelles on pourrait attribuer l'insuccès, rechercher si le lambeau était suffisamment épais, si son pédicule était assez large, etc. Dans tous les cas, ce procédé constituera une ressource puissante dans les fistules placées en arrière du col vésical, contre lesquelles toutes les autres méthodes échouent dans le plus grand nombre des cas; et aussi contre les fistules plus rapprochées de l'urètre, trop larges pour qu'on puisse compter sur l'adhésion des bords de la plaie rafraîchie.

Les perfectionnements relatifs à la thérapeutique des maladies des voies urinaires auraient tenu dans cet article une large place, si nous avions voulu les rappeler tous, ou seulement signaler les plus importants. Il nous suffira de dire que depuis peu d'années, de toutes les branches de la thérapeutique chirurgicale, celle qui s'applique aux maladies de l'urètre et de la vessie a fait les plus grands et les plus rapides progrès. Si l'on vient à penser qu'il y a cinq ans à peine, la lithotritie n'était encore pour la plupart des chirurgiens que l'exception, et la taille la règle, et que maintenant la lithotritie ne trouve plus, au contraire, qu'un

petit nombre d'applications exceptionnelles, on sera frappé d'étonnement.

Le champ de la lithotritie s'est tout d'un coup agrandi, lorsque la pince à trois branches a fait place à l'instrument si simple et si ingénieux de M. Heurteloup. Avec lui, on peut le dire, la lithotritie, considérée dans son manuel, n'est plus qu'une opération fort simple. (Je n'entends parler ici ni de la recherche des indications, ni du traitement des complications, de la préparation à faire subir au malade, du traitement consécutif, qui demeurent toujours d'une grande difficulté, avec cette différence, toutefois, que les malades ne courent qu'un bien moindre danger.)

Le brise-pierre à pignon, pouvant marcher par pression et par percussion à volonté, est le plus généralement employé maintenant. Les écrous brisés de M. Charrière, fort ingénieux aussi, sont mis en usage par quelques chirurgiens. La question de l'ouverture de la tranche femelle est tout-à-fait jugée; celle dont on se sert maintenant est complètement à jour, sans traverse, à la condition d'en rendre les dents excessivement courtes, étroites, par conséquent plus nombreuses, d'où résulte en dernière analyse une plus grande solidité sous le même volume.

Les ramasseurs de graviers, ou cuillères, en forme de brise-pierre, ont reçu, entre les mains de MM. Heurteloup, Amussat et Leroy, diverses modifications. MM. Amussat et Civiale en ont considérablement élargi les mors; tout récemment M. Amussat vient d'augmenter l'étendue de la branche mâle qu'il a rendue égale à la branche femelle, de manière à saisir en un même temps une plus grande surface, ou un plus grand nombre de débris.

Parmi les travaux publiés cette année sur les rétrécisse-

ments de l'urètre, nous rappellerons ceux de MM. Leroy d'Étiolle et Béniqué; et parmi les modifications importantes des instruments dilatateurs, plus spécialement, nous signalerons l'emploi de l'ivoire ramolli par les acides que M. Charrière vient de substituer aux différentes substances dont se composaient les bougies. L'ivoire dépouillé des sels qu'il renferme, et devenu par ce procédé en grande partie gélatineux, peut acquérir par l'humidité une mollesse, une flexibilité dont rien n'approche, sans rien perdre de sa tenacité; en même temps il se gonfle jusqu'à doubler, quadrupler même de volume, tous avantages qui rendront fort utile l'emploi de ces bougies, lorsqu'on voudra combattre par la dilatation les rétrécissements de l'urètre.

Nous terminons là notre revue des travaux de l'année. Sans doute que nous avons à peine abordé les faits principaux qui ont fixé l'attention, et sur lesquels de nouveaux travaux auront répandu de nouvelles lumières. Nous aurons laissé passer inaperçus une foule de points qui méritaient, sinon toujours un examen réfléchi, au moins une simple mention. La faute en sera moins à nous, peut-être, qu'à l'espace qui nous manque et à la nature de notre travail, qui ne devait être qu'une simple esquisse, que nous avons déjà singulièrement allongée.

Nous n'avons pas négligé, toutefois, d'indiquer, chemin faisant, les lacunes et les *desiderata* de la science; c'est un service à rendre, je crois, que de signaler les points qui appellent encore des recherches, des expériences et des observations. S'il reste de tout ceci quelques faits importants, quelques données pratiques, notre but sera rempli: c'était à les mettre en évidence que nous voulions surtout nous attacher.

MÉLANGES CLINIQUES,

PAR

M. LE Dr PAYAN,
Chirurgien à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).

(Suite) (1).

§ III. — *Lithotritie et taille.*

Observations de l'une et de l'autre opérations.

Quoique de longues et chaleureuses discussions n'aient pas encore tracé les véritables limites que ne devrait pas franchir la lithotritie et au-delà desquelles la taille est préférable, les praticiens de la capitale sont au moins d'accord sur la préférence qu'on doit donner à l'opération qui consiste à réduire le calcul en fragments assez ténus pour trouver une issue par le canal des urines, dans les cas les plus favorables et les moins compliqués, lorsque, par exemple, des obstacles ne se présentent pas à l'introduction des instruments par les voies naturelles, que la pierre n'est ni volumineuse ni dure, et que le calculeux, sain d'ailleurs, n'a pas une vessie trop malade ni trop irritée par la présence de la pierre. Il n'en est point ainsi dans beaucoup de villes de province, où le manque de connaissances pratiques, touchant ce genre d'opération, de la part du plus grand

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue médicale*, p. 181.

nombre des chirurgiens, ou l'habitude de ne savoir sortir de la voie qu'on a vu suivre jusqu'alors fait pencher constamment la balance en faveur de la taille. Nous voyons, en effet, tous les jours, cette opération sanglante et si grave être à peu près exclusivement employée dans les cas même où la lithotritie, pratiquée par une main exercée, aurait fait disparaître l'affection calculeuse dans peu de temps, avec peu de douleur et sans faire courir de danger. Quand on songe cependant à l'extrême différence, qui, sous tant de rapports, existe entre les deux opérations, que l'une ne peut donner la guérison qu'en parvenant dans la vessie par une plaie qui constitue toujours une blessure fort grave, tandis que l'autre, avec les perfectionnements qu'elle a subis, soit dans ses procédés, soit dans la confection de ses instruments, peut quelquefois être assimilée en quelque sorte au cathétérisme, on devrait au moins souhaiter qu'on se décidât moins promptement à conseiller la taille, qui ne devrait presque constituer qu'une ressource extrême, dans les cas qui peuvent être traités facilement par la lithotritie. Mais non : on voit la généralité des médecins, dans leurs idées préconçues contre cette dernière opération, parce qu'ils ne la connaissent pas suffisamment, se plaire à déverser sur elle un blâme qui ne saurait l'atteindre, et chercher ainsi à dégoûter les malheureux calculeux des bienfaits que pourrait leur apporter, dans leur triste position, cette glorieuse conquête de la chirurgie moderne. Tâchons donc, en faisant connaître des succès facilement obtenus par elle, alors même qu'on l'avait regardée comme impraticable, de faire justice de ces ridicules incriminations, et signalons ses bienfaits, afin que ceux que tourmente la pierre aillent lui demander des guérisons que le plus souvent ils ont droit d'en attendre.

Calcul vésical, — lithotritie avec l'instrument de Jacobson, — guérison. — M. Lyon, négociant d'Aix, âgé de 66 ans, offrait depuis plus d'une année les symptômes d'une affection calculeuse, quand il vint me consulter en janvier 1838. Ainsi, il éprouvait une douleur sourde, aiguë quelquefois, du côté de la vessie, un sentiment de pesanteur vers le périnée, de la souffrance dès qu'il a uriné, souvent même il est obligé de l'exprimer par un petit soupir. Il existe en même temps un besoin fréquent de rendre les urines; leur excrétion s'opère toutes les demi-heures ou toutes les heures; les plus grands efforts pour les garder ne peuvent les faire retenir pendant plus de deux heures: elles sont troubles, déposent au fond du vase des mucosités purulentes, à odeur ammoniacale: il y a prurit douloureux vers l'extrémité du gland et interruption fréquente du jet des urines pendant leur émission.

Quoique ces symptômes fussent plus que suffisants pour me faire soupçonner une affection calculeuse, je voulus cependant compléter mon diagnostic en m'aidant du cathétérisme. La sonde métallique, que j'introduisis sans difficulté, toucha bientôt la pierre, qui, d'après la sensation perçue, ne me parut être ni volumineuse, ni dure. Mais la vessie était d'une irritabilité fort grande; des douleurs aiguës accompagnaient les mouvements explorateurs de la sonde.

Sollicité par M. Lyon de lui faire connaître mon opinion sur son état et sur les moyens de le débarrasser de sa grave incommodité, je dus mettre beaucoup de prudence dans l'exposé de mon jugement, attendu que M. Lyon avait été déjà infructueusement soumis à des tentatives de lithotritie par un de mes confrères, qui avait cru devoir y renoncer

enfin et lui conseiller la taille, comme seule ressource de guérison. Considérant cependant que le canal permettrait aisément l'introduction des instruments, que le calcul m'avait paru être dans des conditions favorables, je commençai à incliner pour la lithotritie. Restait toutefois l'état de la vessie à prendre en considération; elle était en effet très-sensible et peut-être un peu hypertrophiée. Ayant voulu essayer d'une injection, le liquide fut immédiatement repoussé par des contractions énergiques de cet organe. Comme cependant sa capacité était assez ample encore, je ne crus pas devoir désespérer de faire cesser cette irritabilité exagérée de la vessie, ou du moins de l'atténuer assez pour rendre la lithotritie praticable. Je proposai donc décidément et résolument cette dernière opération. Mon opinion s'étant ensuite accordée avec celle de plusieurs médecins de Marseille qui furent consultés par le malade, celui-ci finit par se rendre à cette idée et par secouer toutes les craintes qu'on avait pu lui suggérer. Enfin, le 25 avril, je commençai les moyens préparatoires de l'opération.

Des bains généraux tièdes, des boissons mucilagineuses furent d'abord employés; un peu plus tard, j'en vins à des injections légèrement narcotiques et émollientes, qui devaient être faites fort doucement et à petit jet pour ne pas être immédiatement repoussées. Comme je ne pouvais atteindre facilement ce but avec la seringue à injection, je me servais de la sonde à double courant, et de son tuyau conducteur armé d'un robinet, ce qui me permettait d'accoutumer plus facilement la vessie à la présence du liquide, en établissant tantôt un courant continu et tantôt en retenant dans la vessie une certaine quantité de la décoction, jusqu'à ce qu'elle fût fatiguée. J'amenai ainsi peu à peu la vessie à

pouvoir contenir environ cinq ou six onces de liquide et à les conserver durant sept ou huit minutes, jamais plus long-temps. Je crus dès-lors ne pas devoir temporiser davantage ni attendre plus long-temps le moment de l'opération. Restait toutefois à faire le choix de l'instrument dont je devais me servir. Comme la vessie avait toujours conservé beaucoup de tendance à se contracter, je donnai la préférence à l'instrument de Jacobson, qui devait me mettre plus sûrement et d'une manière certaine à l'abri de toute lésion de la vessie, dût celle-ci se contracter sur l'instrument. Du reste, mes études sur le jeu et le mécanisme de ce brise-pierre articulé me l'avaient fait connaître comme aussi favorable qu'un autre, pour la préhension et le broiement de la pierre.

Ce fut le 28 mai que je procédai pour la première fois à son introduction dans la vessie. La pierre fut saisie du premier coup et brisée en partie par le jeu de la vis de pression de l'instrument. Quoique les douleurs eussent été presque nulles, je dus immédiatement retirer l'instrument pour satisfaire le malade, dont le moral n'était que moyennement rassuré.

Cette première épreuve, qui n'avait exigé du malade ni séjour au lit, ni dérangement de ses habitudes, augmenta sa confiance en la lithotritie. Quelques débris furent rendus sans douleur dans la journée.

Une deuxième séance eut lieu le 31 mai. Comme la première fois, la pierre fut saisie sans peine et broyée de même. Prise cette fois, sans doute, selon son plus grand ou son plus large diamètre, elle marqua quatorze lignes sur la tige graduée. Elle n'avait marqué que cinq lignes la première fois. La séance fut encore très-courte, comme la

première, aux vifs désirs du malade. Celui-ci fut encore dispensé du séjour au lit; il lui fut même permis de se promener comme à son ordinaire. Des débris furent encore rendus.

4 juin. M'étant encore rendu auprès du malade pour la troisième séance, je m'aperçus d'un commencement d'orchyte du côté droit où se trouvait déjà existant un varicocèle ancien et volumineux. L'orchyte, que je crus devoir attribuer à l'absence d'un suspensoir que la prudence aurait dû faire conseiller, fit quelques progrès et se termina ensuite bientôt par résolution. Et soit à cause du repos que cet accident fit prendre au malade, soit à cause des boissons adoucissantes qui lui furent aussi conseillées, et soit plutôt peut-être à cause du volume déjà moins considérable de la pierre, le malade se trouva ensuite bien mieux du côté de la vessie; les urines étaient beaucoup plus claires et ne contenaient presque plus de mucosités; le cathétérisme était aussi moins douloureux.

Un mois cependant se passa sans nouvelles tentatives, le malade désirant laisser un certain temps entre la disparition de son orchyte et la reprise des séances.

Trois autres séances, plus prolongées que les premières, terminèrent la trituration de cette pierre, sans qu'il survînt le plus léger dérangement dans la santé générale du malade. Tel fut le résultat de cette opération, à laquelle plusieurs hommes de l'art venaient assister, et qui a été la première de cette nature qui se soit pratiquée à Aix.

Pour l'opération, le bassin était bien posé sur le bord d'un lit peu haut, et de façon que le siége fut relevé et les cuisses demi fléchies.

Quoique, depuis la dernière séance, plus de sept mois

se soient écoulés, le malade n'a plus présenté aucun des signes de son ancienne maladie. La guérison fut du reste bien constatée.

Je dois déclarer ici, à l'avantage de l'instrument de Jacobson, que je n'ai jamais éprouvé de difficulté pour saisir la pierre, que les plus petits fragments ont été pris aussi facilement que les plus volumineux, et qu'il ne nous paraît pas mériter l'espèce de discrédit dans lequel le laissent les lithotritiens français.

Les essais que j'ai eu occasion de faire, tant sur le vivant que sur le cadavre, du brise-pierre de Jacobson, militent tout-à-fait en sa faveur, et si j'avais même, pour la généralité des médecins opérateurs, à conseiller un instrument lithotriteur, ce serait peut-être à celui-là, tel que l'a modifié Dupuytren, dont le vaste génie avait bien su l'apprécier, que j'engagerais de recourir. En effet, la courbure de l'instrument fermé s'accommode fort bien à la direction du canal et rend son introduction plus facile et moins douloureuse que celle de la pince à trois branches de M. Civiale, et même que celle encore du brise-pierre de M. Heurteloup, dont la courbure est plus brusque. L'instrument, agissant ensuite par écrasement, ne nécessite ni secousse, ni frottement trop rude. On sait encore qu'il ne saurait exposer à pincer la vessie, ce qui doit rendre son usage précieux quand on a affaire à une vessie très-contractée et peu ample.

Calcul vésical, — taille bilatérale, — nouveau lithotome. — Dupuytren, en créant la taille bilatérale, imagina, pour l'effectuer plus aisément, un lithotome double dont les deux lames, s'ouvrant par l'action d'une seule bascule et au moyen d'un mécanisme particulier, s'écartent suivant

une direction légèrement courbe, de manière à diviser un peu obliquement la prostate de chaque côté. Toutefois, comme la direction presque transversale des deux lames, dans leur écartement, ne divisait pas cet organe selon son plus grand rayon, il avait soin, pour ne pas dépasser la prostate, de ne donner jamais à ces lames un écartement de plus de vingt lignes. Cet écartement pouvant quelquefois ne pas suffire, M. Charrière a eu l'heureuse idée, à mon avis, de confectionner un nouveau lithotome double, dont les deux lames, par un mécanisme aussi ingénieux que simple, s'ouvrent en décrivant une courbure plus grande, ce qui leur permet d'inciser la prostate suivant ses diamètres obliques les plus grands, c'est-à-dire en bas et en dehors, et de manière que celle-ci soit incisée de chaque côté comme elle l'est d'un seul par le lithotome caché de frère Côme. On conçoit dès-lors combien avantageux peut être cet instrument, puisque, par son moyen, sans s'exposer jamais à passer les limites de la prostate, on peut cependant obtenir une grande ouverture pour faire pénétrer les instruments dans la vessie ou pour en extraire les corps étrangers qu'elle peut recéler. C'est, au reste, de cet instrument, qui peut-être n'avait pas été encore employé sur le vivant, que je me suis servi dans l'opération qui fait le sujet de l'observation qui va suivre.

Dans le commencement du mois de septembre dernier, nous fut amené à l'hôpital d'Aix un enfant de Gardanne, âgé de sept ans, qui souffrait parfois beaucoup du côté de la vessie et du canal urinaire, lorsque surtout il voulait pousser quelques selles ou rendre ses urines. Ayant pratiqué le cathétérisme, nous reconnûmes sans peine la présence d'un calcul dans la vessie, et nous dûmes dès ce moment aviser aux

moyens de l'en guérir. Nous n'optâmes pas pour la lithotritie, à cause des difficultés qu'elle aurait présentées, tant à cause de l'indocilité de l'enfant que de l'étroitesse de son canal, et parce que la taille chez l'enfant n'offre point les dangers qu'elle peut présenter dans les autres âges. Le calcul mural que nous retirâmes eût été, en outre, un obstacle infranchissable, selon les probabilités.

Ce fut le 24 septembre dernier qu'en présence de MM. les chirurgiens majors de l'hôpital j'eus à pratiquer la lithotomie chez cet enfant : et ce fut à la taille bilatérale, avec le lithotome double de M. Charrière, que je crus devoir donner la préférence. En effet, à cette époque peu avancée de la vie, la région périnéale est peu étendue, la prostate elle-même est peu développée, et une incision peu prolongée en eût facilement dépassé les limites, ce qu'il convient d'éviter, quoique peut-être l'infraction de ce précepte n'ait pas tous les inconvénients qu'on se plaît à indiquer. Or, avec le lithotome double, faisant de chaque côté et suivant le long rayon de la prostate une incision à cet organe, je pouvais ainsi former, sans risque d'intéresser rien de ce qui devait être respecté, une ouverture bien suffisante pour la sortie du calcul.

En conséquence, le petit malade étant couché sur le lit de manière que la tête étant un peu relevée, le tronc se trouvât dans une direction horizontale et le bassin au niveau du bord du lit, en sorte que le périnée fît un peu saillie en avant, les pieds et les mains de chaque côté liés ensemble, et les aides convenablement situés, je me plaçai devant le bassin du malade et introduisis le cathéter que je fis tenir de manière qu'il fît saillir un peu le raphé périnéal. Ayant ensuite pris de la main droite un bistouri droit, tandis que de la gauche j'étendais les téguments, je pratiquai une

incision semi-lunaire, qui, commençant à droite entre l'anus et l'ischion, se portait vers la même partie du côté gauche en passant à quelques lignes au-devant de l'anus. Après avoir incisé, suivant cette direction, les tissus sous-cutanés jusqu'à la cannelure du cathéter, l'urètre fut divisé dans l'étendue de quelques lignes, et l'ongle de l'indicateur gauche, placé dans la partie supérieure de la plaie, servit alors de guide au lithotome qui fut présenté au cathéter, la convexité tournée en bas vers l'anus, la concavité regardant en haut. Le lithotome introduit fut ensuite retourné de manière qu'il regardât en bas par sa concavité. L'instrument auquel avait été laissé le nombre de degrés d'ouverture convenable fut alors retiré, non pas horizontalement, mais en l'inclinant progressivement en bas, jusqu'à ce que les lames aient été dehors.

Le reste de l'opération s'est fait comme dans les méthodes ordinaires. Je retirai de la vessie un calcul mural du volume d'une petite noix.

Aucun accident ne suivit cette opération. Vingt jours après l'enfant était guéri.

IV. — *Du seigle ergoté dans les paraplégies.*

Quelques mots sur l'action thérapeutique générale de ce médicament. — La thérapeutique en général si industrieuse à utiliser les substances même les plus délétères en faveur de la santé de l'homme, objet de ses recherches et de ses travaux, a depuis long-temps su tirer un parti avantageux, pour l'art obstétrique et même pour certaines autres maladies de l'utérus, de l'emploi du seigle ergoté, auquel, malgré leurs efforts, des détracteurs puissants n'ont pu faire perdre sa juste réputation. Mais il paraît, il est même bien démontré

pour nous actuellement, que le domaine de cette puissance thérapeutique est susceptible de s'étendre davantage, et que dorénavant la matière médicale possèdera en elle un excitant puissant du système nerveux rachidien, c'est-à-dire de la moelle épinière et des organes auxquels elle envoie des nerfs. Les quelques faits qui vont suivre et qui ne sont que l'application de cette substance contre certaines paraplégies dépendantes d'un manque d'action de la moelle spinale sans lésions organiques, tendront à démontrer la vérité de cette assertion. Et celle-ci ressortira mieux encore, je pense, des quelques réflexions dont je ferai suivre l'exposé de ces observations.

Obs. Ire. — *Paraplégie chronique sans lésion organique de la moelle épinière; emploi du seigle ergoté; guérison.* — Le 1er août 1836, entra dans les salles de l'Hôtel-Dieu d'Aix, le nommé Silvestre, âgé de 72 ans, vieillard maigre, à la colonne vertébrale très-infléchie en avant, se plaignant d'une faiblesse très-prononcée des membres inférieurs, qui avaient de la peine à supporter le poids de son corps. Placé d'abord dans les salles de médecine, il y fut soumis pendant un certain temps à l'usage des linimens excitants, soit sur le long du rachis, soit sur les membres inférieurs. Mais aucune amélioration ne s'ensuivit; la paralysie fit au contraire des progrès. C'est au point, que le médecin voyant que ce malade, exempt de douleurs au reste, n'éprouvait aucun bien des remèdes employés, crut devoir renoncer à toute médication, regardant cette paraplégie comme incurable, comme un effet irrémédiable de son âge et de l'inflexion de sa colonne vertébrale. C'est alors que le malade fut transféré dans les salles moins peuplées du service médical, où nous cherchâmes à étudier avec soin la nature de sa maladie afin de

reconnaître s'il n'y aurait pas lieu de revenir de cette triste idée d'incurabilité. Voici ce que nous remarquâmes : Les deux extrémités inférieures étaient complétement dépourvues de la faculté locomotive et elles ne conservaient plus qu'une sensibilité très-obtuse. Elles étaient, nous disait le malade, comme des morceaux de bois. L'excrétion des matières fécales et des urines s'opérait naturellement; les membres supérieurs étaient libres, il y avait absence de fièvre, appétit bon, digestions faciles.

M. le directeur Arnaud, praticien aussi savant que modeste, alors à la tête du service chirurgical, ayant eu connaissance de quelques faits où le seigle ergoté avait été utilement employé contre quelques paraplégies, décida que ce médicament fut expérimenté dans ce cas chez ce malade : il fut donc prescrit le 17 septembre 1836 de la manière suivante :

℞ Seigle ergoté concassé gr XV. faites infuser dans
eau bouillante ℥ V.

Coulez et faites prendre en une fois le matin à jeun. (A l'usage pour les jours suivants.)

Cinq jours après on augmente de cinq grains la dose de l'ergot. — Déjà le malade éprouvait une amélioration manifeste. Les membres inférieurs avaient recouvré une partie de leur sensibilité : ils lui paraissaient beaucoup plus légers et il pouvait déjà les mouvoir. Dans la soirée, ayant été mis hors de son lit, il put, en appuyant les mains sur le lit, en faire le tour à deux reprises.

25 septembre, huitième jour du traitement. Le malade est mieux encore : à l'aide d'un bâton que l'inflexion de sa colonne vertébrale rendait depuis long-temps nécessaire, il peut aller plusieurs fois seul, d'un bout de la salle à l'autre.

29 septembre, douzième jour du traitement. On en était

à 25 grains de seigle ergoté depuis deux jours. Silvestre a pu descendre à la cour des malades et remonter dans la salle, n'étant aidé que de son bâton. Dès ce moment la guérison de sa paraplégie a été complète.

Le seigle ergoté fut néanmoins continué pendant quelques jours.

Ainsi céda à l'action de ce médicament une maladie que bien des signes avaient pu, avec assez de raison, faire regarder comme incurable. Douze ou quinze jours de traitement suffirent pour obtenir ce résultat, auquel, il faut le dire, nous ne nous attendions guère.

Nota.—Quelques nausées, quelques vomituritions même, mais rares, un peu de malaise vers l'épigastre se faisaient remarquer ordinairement chez ce malade, pendant l'heure qui suivait l'ingestion du remède. Tout rentrait ensuite dans l'état normal. L'appétit se conservait bon; le malade mangeait la demi-portion ou le quart.

Une sensation de fourmillement, quelques mouvements involontaires des muscles, des membres inférieurs, étaient souvent perçus par le malade pendant l'usage de l'ergot.

Ne voulant pas, après une guérison si rapidement obtenue, demeurer spectateur passif du fait, je cherchai à me rendre compte de l'action du remède. Je ne pouvais attribuer qu'à une affection de la moelle épinière la paraplégie complète qui venait d'être traitée; et comme l'absence totale, pour le présent comme par le passé, de douleurs vers la colonne vertébrale devait éloigner de l'idée d'une myélite chronique, je crus devoir attribuer à la compression lente et graduée que devait produire sur la moelle spinale l'inflexion arquée de la colonne osseuse, les effets paralytiques observés, savoir l'affaiblissement d'abord assez léger, très-

considérable plus tard des fonctions de l'organe rachidien; et dès ce moment le seigle ergoté me parut avoir agi comme un excitant puissant, très-efficace, de ce même organe. Les observations suivantes me confirmèrent de plus en plus dans ces idées que je me faisais sur les propriétés de l'ergot du seigle.

Obs. II. — *Paraplégie consécutive d'une commotion de la moelle épinière, inutilement traitée par divers moyens, guérie par le seigle ergoté.* — Bertrand François, soldat du génie, venant d'Afrique pour se rendre dans ses foyers, entra à l'Hôtel-Dieu d'Aix, le 18 septembre 1836, pour s'y faire traiter d'une paraplégie des extrémités inférieures, survenue de la manière suivante : Bertrand étant sur un navire pour se rendre à Toulon, se laissa tomber à la renverse et la région lombaire frappa violemment sur un corps saillant. La commotion fut si violente, dit le malade, qu'il resta trois heures sans connaissance. Des soins attentifs firent cesser cet état de stupeur et permirent de reconnaître une violente contusion de la région des lombes avec ébranlement de la moelle épinière. Transporté à l'hôpital de Toulon, ce militaire y fut l'objet des soins que réclamait son état. Une saignée générale avait été précédemment faite ; on fit appliquer vers les reins une cinquantaine de sangsues en deux reprises ; des cataplasmes émollients y étaient aussi tenus. Ces moyens firent cesser les symptômes inflammatoires, mais furent insuffisants pour redonner aux jambes leur force première.

Ce fut après dix jours de traitement, à Toulon, que le malade, profitant des moyens de transport et de l'assistance de quelques camarades, se fit transporter jusqu'à Aix. Amené dans l'hôpital de cette ville, il nous présenta les symptômes suivants :

État général satisfaisant, absence de fièvre, appétit bon,

grande faiblesse des extrémités inférieures : le malade ne peut pas marcher seul, parce que les genoux fléchissent sous le poids du corps d'une manière involontaire ; la sensibilité des membres inférieurs est très-obtuse. Couché, le malade ne peut point relever les pieds et les jambes au-dessus du plan du lit. Cette faiblesse est encore plus manifeste pour le membre gauche que pour le droit. En même temps, douleur sourde, sentiment de pesanteur à la région lombaire.

19 septembre. 25 sangsues aux lombes : cataplasmes émollients. Diminution de la douleur.

22 septembre. 20 sangsues encore aux lombes, cataplasmes. — Disparition de la douleur lombaire ; mais persistance de la paralysie, qui en était au même point.

Huit jours s'écoulèrent ainsi sans diminution de la paralysie ; la région lombaire était cependant libre de toute douleur et de symptômes de phlogose de la moelle épinière, depuis l'application des sangsues. Pensant alors que l'état paraplégique devait tenir plutôt à un état de stupeur de l'organe rachidien qu'à son inflammation, nous nous décidâmes, encouragé par le succès précédent, à recourir au remède auquel nous avions reconnu des propriétés excitantes du système nerveux spinal, au seigle ergoté en un mot. En conséquence, à la visite du 26 septembre, nous prescrivîmes :

15 grains de seigle ergoté concassés, infusés dans 5 onces d'eau, comme dans l'observation précédente. (A l'usage.)

2 octobre, sixième jour du traitement. La dose du remède a été déjà portée à 20 grains. Ses bons effets se reconnaissaient déjà. Les membres paralysés étaient devenus moins pesants ; ils avaient recouvré de la force ; ils pouvaient

déjà être mus assez aisément : quoique les genoux se ployassent quelquefois encore involontairement, cela arrivait bien moins fréquemment; le malade pouvait déjà marcher en s'appuyant au bras d'une personne.

3 octobre. Suppression du seigle ergoté. Le docteur qui vient de prendre la direction du service chirurgical n'ayant pas foi à ce médicament, et ne croyant pas à l'amélioration dont on lui parlait, renonce à ce moyen et fait appliquer deux moxas à la région lombaire, sur la partie qui avait été contusionnée.

Les moxas suppurèrent très-bien pendant trois mois. Des pois placés sur les exutoires après la chute des escarres favorisèrent cette suppuration. Mais aucun soulagement n'accompagna leur emploi. Au bout de trois mois, le malade était dans le même état qu'avant l'application des moxas. Ses jambes auraient été même un peu plus faibles qu'au commencement du trimestre.

1er janvier 1837. L'inutilité des exutoires de la région lombaire étant devenue pour nous aussi évidente que l'avait été l'efficacité de l'ergot, on cessa d'entretenir les exutoires et nous remîmes le malade à l'usage du seigle ergoté que nous n'avions vu supprimer qu'à regret. Il commença par en prendre 15 grains : la dose était augmentée de 5 grains tous les cinq jours ; et déjà le six février nous étions à 55 grains par jour en infusion dans les cinq onces d'eau. Le médicament fut supprimé le 12 du même mois, alors que les prises étaient de soixante grains par jour.

L'amélioration reprit avec l'usage du remède : ses progrès devenaient de jour en jour plus manifestes. Déjà, dès le commencement de février, il ne lui restait presque aucun

ressentiment de sa paralysie. Au 12 du même mois, quand le médicament fut supprimé, la guérison était parfaite.

Bertrand est resté pendant un mois encore à l'Hôtel-Dieu, remplissant les fonctions d'infirmier. Ses membres étaient parfaitement libres; et lorsqu'il nous quitta, le 15 mars, il n'eut pas même besoin de réclamer les moyens de transport, pour se rendre dans le département de l'Hérault, son pays natal.

Ce malade présenta une tolérance vraiment remarquable pour ce médicament. Il n'en fut jamais incommodé : jamais de vomituritions, ni même de nausées; c'est ce qui m'enhardit à le porter progressivement jusqu'à une forte *dose* (60 grains par jour). L'action du remède a été ici plus qu'évidente. On a vu, en effet, en lisant l'observation, que la paralysie avait commencé à céder dès les premiers jours de son emploi, qu'elle était restée ensuite stationnaire, quand on eut suspendu l'usage de l'ergot, pendant trois mois, malgré la forte dérivation des exutoires qui avaient été placés aux lombes, et qu'enfin elle avait marché rapidement vers la guérison lorsque cette substance eut été reprise et continuée.

Ce fait peut ne pas être indifférent non plus pour l'histoire du seigle ergoté. On voit, en effet, par cette observation, que cet agent thérapeutique a été continué pendant 12 jours consécutifs à dose croissante, sans qu'aucun accident d'ergotisme se soit manifesté.

Obs. III. — *Affaiblissement des extrémités inférieures, consécutif à un mal vertébral de Pott; seigle ergoté; amélioration sensible.* — Un jeune homme, âgé de 26 ans, était depuis près de deux années dans les salles de l'Hôtel-Dieu d'Aix, pour une ostéite vertébrale (mal de Pott) dont la marche fut

arrêtée par des exutoires entretenus avec persévérance autour de la saillie dorsale. Restait seulement de la faiblesse dans les extrémités inférieures, faiblesse qui, dans la première quinzaine de septembre 1856, devint assez forte pour empêcher le malade de marcher comme il faisait auparavant. Comme cependant la région dorsale, examinée avec soin, n'indiquait pas une récidive de la maladie, nous nous demandâmes si ce n'était pas à un état d'inertie de la moelle sans lésions organiques, que nous devions rapporter cet état : nous le présumâmes ainsi, ce qui nous détermina à recourir à l'emploi de l'ergot. Il ne le prit qu'une douzaine de jours, ce qui fut suffisant pour mettre ce jeune homme à même de quitter l'hôpital et d'aller s'occuper d'agriculture. Depuis lors, ses jambes le servent bien.

Obs. IV. — Dans le mois de mars dernier, un médecin des environs d'Aix me consulta pour une paraplégie rebelle persistant depuis deux mois, dont était atteint un de ses clients, à la suite d'une chute sur la région des lombes. Une médication assez énergique avait fait disparaître toute trace d'inflammation. Seulement était restée une grande faiblesse des extrémités inférieures qui empêchait le malade de pouvoir marcher seul et sans aide. Je crus devoir conseiller le seigle ergoté aux doses ci-dessus indiquées. Le malade en prit pendant une quinzaine de jours. Il sentait à mesure les forces de ses jambes renaître, leur sensibilité revenir. A la fin de la quinzaine, il pouvait, à l'aide d'un bâton seulement, se promener autour de sa maison. Quoique le remède n'ait pas été repris, le malade ne se ressent presque plus aujourd'hui de cette faiblesse, de cette paralysie qui lui avait donné tant d'inquiétude.

Tels sont les faits relatifs à l'action du seigle ergoté

dans les paraplégies, que j'ai eu occasion d'observer et que j'ai cru devoir faire connaître au public. Ils m'ont paru propres à jeter un nouveau jour sur la thérapeutique de ce médicament, en faisant connaître complètement sur quel organe s'exerce l'action première de cette substance.

Déjà, depuis plusieurs années, des observations éparses dans divers écrits médicaux constatant des effets assez différents produits par cette même substance, m'avaient fait présumer que ce médicament avait une action multiple, qui pouvait se porter sur plusieurs systèmes d'organes. Ainsi avais-je remarqué qu'exclusivement employé dans le principe, pour réveiller les douleurs utérines, pendant l'accouchement, on avait fini par l'employer dans presque toutes les affections indiquant un manque d'énergie de la matrice (hémorrhagies passives, aménorrhée, etc.), que plus tard avait été constatée la propriété d'activer la sécrétion des urines ou du moins leur excrétion, ce qui a déjà permis d'utiliser cette qualité pour combattre certaines rétentions d'urine, occasionnées par un état de débilité contractile de la vessie; et qu'enfin on ne pouvait s'empêcher, d'après quelques faits déjà connus, d'admettre une action manifeste de cette substance sur les muscles des membres pelviens, et dans des cas de paraplégie. C'en avait été assez pour me faire mettre en doute une action primitive de cette substance sur des appareils organiques, de nature si diverse, et pour me demander si ce n'était pas sur le centre nerveux duquel irradient les nerfs, qui transmettent la sensibilité et la motilité sur les parties qu'influence si heureusement le seigle ergoté, que se portait cette action primitive, et ce qui alors n'était encore pour moi qu'une présomption, s'est transformé en certitude depuis que j'ai pu remarquer son action directement exci-

tante sur la moelle épinière. Et pour nous actuellement, il est bien démontré que le seigle ergoté est avant tout, et primitivement, un stimulant de la moelle épinière, et que son action sur l'utérus, la vessie, les muscles des membres inférieurs, n'est qu'une action secondaire, une action de réaction transmise de la moelle épinière à ces diverses parties par les nerfs qui en partent.

Cette manière d'envisager le seigle ergoté nous explique dès-lors son action en apparence multiple, qui peut se manifester sur des systèmes d'organes si différents. Elle permet même, en quelque sorte, de préciser les cas où il conviendra de l'administrer ; ce sera quand il deviendra nécessaire de stimuler des organes qui reçoivent leurs nerfs de la moelle épinière comme la matrice dans des cas d'inertie de ce viscère, la vessie dans certaines rétentions d'urine, celles dues, par exemple, à une distension forcée de cette poche qui n'a plus la force d'expulser le liquide, ou bien quand il faudra réveiller l'action de la moelle épinière elle-même, et faire cesser l'espèce de stupeur vitale dans laquelle elle se trouve à la suite de fortes commotions, stupeur d'où résultent des paraplégies. La vérité de cette assertion est, au reste, démontrée par l'expérience. Ainsi, on ne peut plus contester l'action du seigle ergoté contre l'inertie de l'utérus ; d'un autre côté, les faits publiés par M. Allier fils, dans le *Journal des Connaissances Médico-chirurgicales*, page 155, livraison de septembre 1838, démontrent sa stimulation non douteuse, vis-à-vis des organes urinaires, et enfin les observations précédentes et quelques autres connues de même nature, c'est-à-dire, relatives aux bons effets du seigle ergoté contre certaines espèces de paraplégies, sont un puissant témoignage de son efficacité primitive sur la moelle.

§ V. — *Quelques mots sur le traitement arabique contre la syphilis.*

Quand une médication se rend recommandable par des succès nombreux dans le traitement de ces affections syphilitiques invétérées qui ont porté des désordres profonds et très-graves dans l'économie, quand surtout cette médication est encore peu connue, peu répandue et nullement employée dans ces centres d'instruction médicale, d'où rejaillissent comme d'un foyer commun les lumières et les connaissances théoriques et pratiques sur l'art de guérir, ce doit être un devoir pour les praticiens qui ont pu être témoins de ses brillants résultats, qui lui ont vu produire des succès inespérés, alors même que les autres méthodes de traitement avaient complètement échoué, de chercher par la publicité à la faire connaître et à la faire sortir de l'injuste oubli où on la laisse languir. Ce devoir, on nous saura gré de vouloir le remplir aujourd'hui par rapport au mode de traitement anti-syphilitique, connu dans nos contrées sous le nom de *traitement arabique*, et qui est assez fréquemment employé dans nos hôpitaux et dans la pratique civile. Nous croyons même les honneurs de la publicité d'autant mieux mérités à cette méthode curative, que nous ne nous adressons à elle, nous ne lui demandons des succès que lorsque la gravité de l'infection et des désordres qu'elle a produits, ou l'inefficacité constatée des traitements ordinairement employés semblent avoir marqué la maladie d'un sceau d'incurabilité. On pourra en juger, au reste, par le narré de quelques observations choisies parmi beaucoup d'autres, dont nous ferons suivre quelques détails préliminaires sur ce traitement.

Et d'abord qu'entend-on par cet énoncé : traitement arabique ? Il ne sera pas oiseux d'entrer dans quelques explications à ce sujet, parce que ce serait vainement qu'on voudrait tenter de trouver quelques détails à ce relatifs dans les nombreux formulaires, ou même dans les traités sur la syphilis qu'enfante tous les jours la presse médicale. Aucun d'entre eux ne fait mention du traitement arabique ; leurs auteurs n'en ont aucune connaissance ; et selon nous, cependant, la page qui en parlerait ne serait pas la moins utile de leurs livres.

Le nom d'arabique, qui a été conservé à ce traitement, porterait à croire qu'il aurait été en vogue chez les médecins arabes, ou que du moins quelqu'un d'entre eux l'aurait introduit dans la thérapeutique de la syphilis. Si l'on en croit une ancienne tradition conservée par les vieux médecins, accréditée même par de vieux manuscrits, cette méthode curative aurait été communiquée d'abord à l'hôpital de Marseille, par un apothicaire espagnol, il y a près de cent-cinquante ans. Ce serait depuis cette époque, qu'à l'hôpital de Marseille et dans les localités environnantes, on en aurait fait fréquemment usage.

Ce mode de traitement se compose de pilules, d'un opiat, d'une tisane sudorifique et d'un régime particulier connu sous le nom de *diète sèche*. Voici, du reste, les formules de ces diverses préparations :

Formule des pilules arabiques.

℞	Mercure naturel pur.	ãã demi-gros.
	Deuto-chlorure de mercure. .	
	Séné.	ãã un gros.
	Racine de pyrèthre	
	Agaric.	
	Miel	Q. S.

On réduit en poudre les substances végétales : on divise exactement le mercure naturel avec le deuto-chlorure de mercure jusqu'à ce que les globules métalliques aient totalement disparu : ensuite, avec du miel on fait du tout une masse pilulaire, et avec celle-ci des pilules de quatre à six grains : on en fait prendre deux par jour.

Formule de l'opiat arabique.

℞	Salsepareille, ...	cinq onces.
	Squine, ...	trois onces.
	Coquilles de noisette torréfiées,	une once.
	Gérofle, ...	ʒj.
	Miel, ...	Q. S.

On en donne depuis deux gros jusqu'à demi-once, soir et matin.

La tisane sudorifique est faite avec la salsepareille et la squine : c'est la seule boisson permise au malade en traitement : il en boira un litre ou deux dans les vingt-quatre heures.

Régime. — Le régime offre également des particularités remarquables, et c'est bien à propos qu'on le désigne encore

par le nom de diète sèche. Il exige, en effet, une proscription des aliments ordinaires, et ne doit consister qu'en galettes, raisins secs, noix, figues sèches, amandes torréfiées. On le regarde assez généralement comme un accompagnement indispensable des remèdes dans les maladies invétérées.

Administration des remèdes. — On commence par faire prendre chaque matin une pilule avec un verre de la tisane sudorifique après. Une heure plus tard, l'opiat est pris, accompagné d'un second verre de tisane : on répète la même chose le soir. Le restant de la tisane est pris dans le courant de la journée, pendant les repas ou après.

Voilà ce qui concerne le traitement et la manière de l'administrer.

Au premier abord il paraît, ou il peut paraître qu'on doit redouter dans les pilules arabiques l'action du sublimé corrosif dont la dose semble forte. Mais on a depuis longtemps fait remarquer avec raison que les objections qu'on pourrait faire, *à priori*, sur la violence et les effets toxiques de cette médication, tombent devant l'expérience et devant les analyses chimiques. Il est, en effet, inouï que des effets délétères aient été provoqués par ce traitement, ce qui ne pourrait pas être soutenu pour les autres préparations plus accréditées de deuto-chlorure de mercure. Et d'un autre côté il a été démontré par des travaux chimiques faits avec soin et intelligence, que par suite du mélange intime du mercure coulant avec le sublimé-corrosif, celui-ci est décomposé, et qu'après cette opération il n'existe plus de sublimé, mais bien un composé mercuriel nouveau jouissant par excellence de la propriété antisyphilitique.

Quoique la diète sèche qui accompagne le traitement con-

stitue un régime un peu bizarre, il est vrai cependant que les malades s'en accommodent facilement dans le commencement. Leur appétit même est d'abord remarquable : plus tard cet appétit diminue, une moindre quantité d'aliments suffit ; et, vers la fin, les malades attendent avec impatience que la monotonie de cette alimentation cesse. Il est rare cependant qu'ils ne prennent pas patience jusqu'à la fin.

La durée du traitement varie de trente à cinquante jours. Disons cependant qu'il est rare qu'on soit obligé de dépasser la quarantaine.

Quelquefois nous avons vu le ptyalisme se déclarer vers la fin du traitement. L'usage des pilules arabiques qui, comme nous l'avons déjà vu, contiennent du mercure, explique ce phénomène. Il est rare, au reste, que la salivation se manifeste avant le quarantième jour, et, à cette époque, presque toujours le traitement a été suffisant.

Quelques malades ne peuvent pas supporter ce mode de traitement. Ce sont des personnes dont l'estomac est dérangé, notablement, et dont les forces digestives sont très-faibles, ou qui sont dans un commencement de consomption par suite de quelque phlegmasie organique intérieure indépendante de la syphilis. Nous croyons, à ce sujet, qu'on peut établir en règle générale que toute personne qui serait à même de supporter la liqueur de Van Swiéten, les diverses pilules mercurielles vulgairement usitées, sera à même de faire la diète sèche, ou, si l'on veut, de suivre le traitement arabique.

Ce n'est point, au reste, comme méthode générale que l'on doit conseiller le traitement arabique. Toutes les fois que des accidents syphilitiques ordinaires existent et que la maladie n'est pas encore constitutionnelle, dans le sens qu'on

attache vulgairement à cette expression, ou même qu'étant constitutionnelle elle ne présente pas des symptômes fort graves, il est plus convenable, moins désagréable pour les malades, de s'adresser aux médications plus communément employées.

Mais quand une constitution est profondément infectée, et que le virus transpire en quelque sorte par toutes les parties de l'économie ; quand l'infection se manifeste par des ulcérations virulentes dans le haut du pharynx, sur les amygdales, les piliers du voile du palais, à la voûte palatine, dans les narines, ou bien par des caries, des nécroses, des syphilides cutanées, rebelles, etc. ; quand surtout ces symptômes ont résisté aux traitements ordinaires prescrits avec intelligence et pris avec soin, oh ! alors, il convient de s'adresser au traitement arabique, comme à la méthode la plus sûre et la plus efficace, et fréquemment on aura lieu de s'étonner des conséquences heureuses de son emploi. On sait quels sont les efforts qu'a fait la thérapeutique pour seconder les médecins dans ces cas difficiles, et qu'elle a salué avec enthousiasme les préparations d'or que le praticien de Montpellier venait faire revivre. Et cependant, combien il y a loin des effets de cette dernière substance à ceux que l'on peut obtenir dans les mêmes circonstances de l'usage de la diète sèche et du traitement qui l'accompagne ! j'en appelle à la pratique des médecins des quelques localités du midi où cette médication est en usage, et qui, grâces à elles, obtiennent tous les jours des succès remarquables. Il me souvient, en ce moment, qu'étant à Paris en 1855, je vis à l'hospice des Vénériens (service de M. Ricord), au premier lit de la rangée du milieu, un malheureux sur lequel la syphilis avait réuni comme à foison ses plus hideux symptômes.

Qu'il me suffise de dire qu'indépendamment des autres symptômes, la surface de son corps n'était presque qu'une vaste plaie syphilitique, vrai foyer d'infection d'où s'exhalait une insupportable puanteur. Cependant l'habile praticien qui lui donnait ses soins depuis long-temps ne négligeait rien pour redonner à ce malheureux une santé qui, au contraire, allait dépérissant ; et, vu l'état dans lequel je le laissai, j'ai tout lieu de croire que tant de soins seront demeurés inutiles, et que ce malheureux aura été, par sa mort, grossir le nombre des victimes de la vérole. Eh bien ! peu de temps après mon retour de la capitale, un homme, non moins maltraité que celui que j'avais vu à Paris, dont le corps, malgré des traitements anti-syphilitiques par le mercure, était presque tout recouvert de plaies vénériennes, qui présentait enfin des symptômes identiques et par leur gravité et par leur aspect, fut rendu bientôt, dans notre hôpital, à une santé parfaite, par le traitement arabique auquel il fut immédiatement soumis. Comme l'observation de ce malade est fort intéressante, elle sera relatée dans le cours de cet article.

Je crois bien que des réflexions contraires peut-être à l'usage de ce traitement pourront se présenter à l'esprit des personnes qui prendront connaissance des détails qui le constituent. Pourquoi, par exemple, pourront-elles dire, le séné, la pyrèthre et l'agaric associés aux autres substances des pilules ? A quoi bon ces coquilles de noisettes torréfiées, qui entrent dans la composition de l'opiat ? Ce ne sera pas moi qui voudrai m'amuser à expliquer cela ; mais il doit suffire au commun des médecins de s'en tenir au résultat de l'expérience. Quant à ceux qui, plus sévères, veulent ne rien voir d'inutile dans les formules, pourquoi ne chercheraient-ils pas à rectifier et simplifier cette médication reconnue si efficace,

en élaguant quelques substances dont l'inutilité aurait été démontrée par l'expérience?

Ne serait-il pas encore utile d'expérimenter si on ne pourrait pas rendre un peu plus variée l'alimentation des malades? Nous savons, du reste, que des praticiens savent céder un peu de cette rigueur dans le régime, en laissant prendre une fois par semaine de la viande rôtie, et il ne paraît pas qu'ils comptent moins de succès.

Pour venir à l'appui de ces quelques réflexions, publions quelques observations de syphilis traitées par le traitement arabique.

Obs. I.—Antoine P..., de la Tour-d'Aigues, âgé de trente-sept ans, lymphatique, entre à l'hôpital d'Aix au milieu du mois de mai 1836, dans l'état le plus déplorable. Il est un spectacle vivant de ce que la syphilis offre de plus hideux. Des ulcères plus ou moins étendus et très-nombreux sont dispersés sur les diverses parties de son corps, et recouvrent la plus grande partie de sa surface. Toute l'aile gauche du nez a été rongée et détruite; des ulcérations existent dans les narines; en examinant l'intérieur de la bouche, on voit des plaies chancreuses sur les piliers du voile du palais et les autres parties apparentes de l'arrière-gorge. Des chancres recouvrent le pénis, et un écoulement gonorrhéique épais s'échappe du méat urinaire; des douleurs nocturnes le privent même des douceurs du sommeil, etc. Recourant aux renseignements antérieurs, nous apprenons que ce malade a eu, deux mois et demi auparavant, la communication funeste à laquelle il doit son état, que le mal s'est déclaré d'abord à la verge par des chancres et par un écoulement urétral des plus abondants, et que peu à peu ensuite la lèpre syphilitique a envahi les diverses parties de son corps. Quand nous lui de-

mandons s'il n'a eu recours à aucun traitement, il nous déclare qu'il a pris pendant assez long-temps des pilules, que le ptyalisme qu'elles ont causé et qui persiste encore indique avoir contenu du mercure. La gengivite procurée par elles a été même si forte qu'il en a perdu plusieurs dents. Le malade a encore fait long-temps usage de la tisane de salsepareille. Mais tous ces moyens n'avaient point empêché les progrès du mal.

Affaibli par tant de maux et des suppurations si abondantes à la fois, ses forces avaient notablement diminué. C'est à peine s'il pouvait encore se soutenir sur ses jambes.

Prescription. — Bain général, lotions des plaies avec l'eau chlorurée ou le vin aromatique; compresses enduites de céral sur les plaies; soupes; tisane de salsepareille.

Enfin, le 28 mai, prescription du traitement arabique selon les formules et précautions ci-dessus indiquées. Il fut continué sans interruption jusqu'au quarante-deuxième jour.

Il était facile d'apprécier l'amélioration successive qui en était la conséquence. On voyait peu à peu les plaies se rétrécir, la sanie qui les recouvrait diminuer de quantité, des bourgeons charnus vermeils se développer sur les ulcères, blafards naguères, etc. Enfin, quand le traitement fut supprimé, presque tous les ulcères étaient cicatrisés : si quelques-uns étaient encore ouverts, ils ne laissaient plus d'inquiétude; on reconnaissait à leur aspect qu'ils marchaient à grands pas vers une cicatrisation complète.

Le malade resta à l'Hôtel-Dieu jusqu'en septembre, c'est-à-dire pendant environ deux mois après la cessation de tout traitement. Pendant ce temps, P..., soumis à un régime restaurant, répara peu à peu les forces que la syphilis avait

épuisées. Quand il nous quitta, il ne lui restait de tous les symptômes qu'il avait présentés qu'un ozène pour lequel le renflement d'eau chlorurée lui fut conseillé.

Nous avons depuis revu le malade, et nous avons pu constater que sa guérison avait été complète.

Obs. II. — Jacques M..., voiturier, âgé de vingt-cinq ans, lymphatique, avait été atteint, deux années auparavant, de chancres qu'il avait traités probablement d'une manière peu régulière. Entré à l'hôpital d'Aix dès le commencement d'octobre 1835, il se plaignait d'un mal de gosier, qui depuis long-temps le tourmentait. Sa voix est altérée, nazillarde, sifflante. Il y a aphonie presque complète. Douleur sourde fort incommode au gosier, devenant plus forte après quelque fatigue, quand le malade a parlé trop long-temps, ou après des excès même légers dans le boire et le manger. L'examen de l'arrière-bouche nous permet de remarquer plusieurs petits ulcères à la paroi postérieure du pharynx ; leur aspect, leur disposition ne laisse aucun doute sur leur nature. La luette est presque toute détruite ; les parties qui en restent, ainsi que les piliers du voile du palais, sont ulcérés à leurs bords et d'une consistance cartilagineuse. Les amygdales sont gonflées et douloureuses ; elles le sont plus encore quand le temps veut changer, ou dans les variations atmosphésiques.

Nul doute ne pouvant exister sur la nature syphilitique des symptômes, il est immédiatement prescrit : une cuillerée de liqueur de Van Swieten dans une prise de lait (à l'usage); tisane de salsepareille.

Cette médication fut suivie avec exactitude pendant trente-huit jours. Les parties phlogosées de l'isthme du gosier étaient de temps en temps touchées avec le nitrate d'argent.

Le traitement dut être ensuite suspendu à cause d'un dérangement de l'estomac et des intestins; en même temps ptyalisme léger. A cette époque, cependant, le mieux n'était guère apercevable, si tant est qu'il y en eût.

Pendant le mois et demi qui suivit, le malade fut tenu à un régime adoucissant, à l'usage du lait, des crèmes; un vésicatoire fut entretenu à la nuque; il y eut quelques applications de sangsues au-devant du cou; quelques bains émollients furent également prescrits.

4 janvier 1836. Aucune amélioration n'existe chez le malade : l'affection de l'arrière-gorge est toujours la même; la liqueur de Van Swiéten n'ayant procuré aucun avantage, on songe à adopter un autre système de traitement; et cette fois, c'est au muriate d'or, selon les idées du docteur Chrétien, que l'on s'adresse. En conséquence :

℞ Chlorure d'or et de sodium. . . Gr. j.
Poudre d'iris. . . . . Gr. jj.

Mêlez et divisez en quinze paquets égaux : un pour friction sur la langue chaque matin, à l'usage. De plus, une pilule d'un vingt-quatrième de grain d'oxide d'or chaque jour; un peu plus tard, deux par jour également.

Ce traitement fut suivi avec persévérance jusqu'au commencement de mars. A cette époque, le malade paraissait mieux; les douleurs de gosier étaient presque nulles, la voix moins rauque. Mais la consistance des piliers du voile du palais, leur gonflement, leur ulcération avaient peu diminué. Il quitta l'hôpital.

A peine eut-il repris ses occupations habituelles, que les douleurs gutturales reparurent, que la voix s'éteignit encore. Le malade s'aperçut bientôt que son état était aussi grave qu'avant le dernier traitement.

Consulté de nouveau par lui, je lui conseillai de retourner à l'hôpital, où le traitement arabique, dont on avait cru jusque-là pouvoir se passer, lui serait administré. Rentré en effet le 2 avril suivant, il commença dès le 5 le traitement arabique et le continua avec persévérance et sans interruption jusqu'au quarante-quatrième jour, où un léger ptyalisme qui s'était manifesté engagea à cesser le traitement.

Il n'était plus nécessaire, en effet, de le continuer : la cure de cette maladie, jusque-là si rebelle, était obtenue.

Effectivement, ayant examiné avec soin le malade quelques jours après, nous pûmes reconnaître aisément les heureux effets de cette médication. Le voile du palais, ses piliers, le haut du pharynx, n'avaient plus d'ulcères : leurs tissus avaient perdu cette consistance cartilaginiforme qui ne les avait plus quittés jusqu'à ce dernier traitement ; la voix, que nous croyions perdue pour toujours, reprit son timbre ordinaire, sa sonoréité naturelle, et, malgré la destruction de la luette, elle ne fut plus nazillarde.

J'ai occasion de voir assez fréquemment l'homme qui est le sujet de cette observation : il n'a plus ressenti depuis cette époque le plus léger indice de sa triste maladie. La guérison produite par le traitement arabique a été complète.

Je dois ajouter encore qu'indépendamment des deux traitements administrés au malade avant celui qui amena la guérison, d'autres médications empiriques avaient été employées par lui. C'est ainsi que pendant une vingtaine de jours, il avait pris très-assidûment le remède purgatif de l'empirique Leroy, et que, quoique des superpurgations abondantes eussent été produites, aucun résultat n'avait été obtenu.

J'ajouterai même qu'en 1835, il avait eu une violente attaque de choléra, sans que l'énergique révulsion de la cruelle

maladie eût produit le moindre bien sur la syphilis. Il fut moins heureux en cela que certains autres malades qui durent à cette terrible maladie des guérisons inespérées (1).

Obs. III. — Dans le commencement de septembre 1837, entra à l'Hôtel-Dieu d'Aix un militaire venant de Barèges, où il était allé passer une saison pour y faire usage des bains. En étant venu aux informations sur la cause qui l'avait *fait* envoyer aux eaux, il nous déclara que c'était surtout à cause de douleurs violentes qu'il éprouvait dans les membres, et pour plusieurs fistules sous-cutanées qu'il nous fit voir, accidents qui, quoique ayant été considérés comme vénériens, et traités en conséquence, n'en avaient pas moins persisté, et n'en persistaient pas moins encore, malgré même l'usage des eaux minérales. Ses jambes présentaient des exostoses qui rendaient les tibias saillants. Les radius étaient aussi hypertrophiés. Les douleurs de ces parties étaient plus fortes la nuit, et lui procuraient de fréquentes insomnies, quand on ne les calmait pas par l'opium. Ce militaire pré-

(1) Ceci me rappelle une observation assez curieuse que nous présenta un jeune fourrier, natif de Ville-Neuve de Berg. Ce militaire avait contracté en Afrique un catarrhe vésical très-intense, que les traitements les plus rationnels, pratiqués à Aix pendant trois mois, n'étaient pas parvenus à amender. Évacué sur Toulon, pour qu'il y prît les eaux minérales artificielles, étant jugé trop faible pour aller à Barèges, il y fut atteint l'un des premiers d'une violente attaque de choléra-morbus, qui dura une huitaine de jours; et, chose remarquable, non-seulement il ne succomba pas à la maladie, mais il dut à son choléra la guérison radicale de son catarrhe vésical, que nous avions jugé incurable. Nous vîmes, en effet, revenir au bout d'un mois et demi, sans aucun vestige de catarrhe de vessie, ce jeune homme dont naguère la faiblesse nous faisait mettre en doute s'il pourrait même se rendre jusqu'à Toulon.

sentait encore des ulcérations fistuleuses siégeant au-dessous des clavicules et derrière les omoplates, et ouvertes depuis plus d'une année.

Les signes commémoratifs avaient déjà fait connaître que c'était à une cause syphilitique qu'on devait attribuer l'apparition de ces symptômes ; ils indiquaient qu'on avait affaire à une syphilis constitutionnelle. De là naquit l'idée d'attaquer franchement cette maladie, jusqu'à ce jour si rebelle, par le traitement arabique. En conséquence, dès le 25 septembre, prescription du traitement arabique.

21 octobre. Changement très-remarquable. Quoique le traitement n'eût été continué que pendant vingt-cinq jours, toutes les plaies fistuleuses étaient déjà cicatrisées, les douleurs ostéoscopes à peu près nulles. On remarquait déjà de la diminution dans les exostoses. Ce militaire quitta alors l'hôpital.

Je pourrai citer à l'appui de l'efficacité du traitement arabique beaucoup d'autres faits, parmi lesquels de très-remarquables. J'en aurai toutefois dit assez peut-être pour engager les médecins à aller quelquefois lui demander des succès qui, dans bien des cas, seront ainsi plus facilement obtenus, j'en suis convaincu, que par les autres méthodes vulgairement employées. Or, c'était là le seul but que je me proposais en donnant de la publicité à cet article.

RAPPORT

SUR LES MÉMOIRES ENVOYÉS POUR LE CONCOURS OUVERT EN 1836 PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

SUR CETTE QUESTION :

« Quelle est, d'après les faits, la puissance de la médecine » sur le développement et la marche des fièvres éruptives, » et particulièrement de la scarlatine? »

Par une Commission composée

De M. BOURGEOIS, *président*, de M. MÉLIER, *vice-président*, *du secrétaire-général* M. PRUS, *et de* MM. LEMOINE, JOLLY, DE LENS, ROCHE *et* SANDRAS, *rapporteur*.

Messieurs,

Vous n'avez pas oublié la discussion qui a eu lieu dans le sein de notre Société, à propos des questions présentées pour le concours. Vous n'avez adopté celle que nous venons de rappeler, qu'après en avoir parfaitement débattu le sens et circonscrit la portée, et vous avez voulu qu'elle parût accompagnée d'une sorte de commentaire assez explicite pour que personne ne pût trouver dans les termes proposés autre chose que ce que la Société prétendait y mettre. « La » Société, disiez-vous, n'entend pas mettre en doute la » réalité de la médecine dans les fièvres éruptives, ni im- » poser aux concurrents une monographie de ces sortes de » maladies. Elle demande seulement, une éruption étant » donnée, jusqu'à quel point il est possible aux médecins

» d'en prévenir, d'en arrêter ou d'en hâter le développe-
» ment, d'en modifier la marche.

» La scarlatine est choisie entre les autres exanthèmes,
» pour que les concurrents appliquent à une affection par-
» ticulière les principes qu'ils auraient dû tirer de l'étude
» des fièvres éruptives en général. »

Ce n'est pas en effet dans une assemblée où domine surtout la pratique médicale qu'on s'exposerait à présenter pour un concours public une question dont la solution pourrait tendre à la négation de toute médecine. Nous avons donc voulu éloigner scrupuleusement même le soupçon d'une pareille tendance, et en même temps nous avons cherché à diriger les méditations des concurrents sur ces problèmes importants pour la science et pour l'art, sur une question de philosophie qui ne pût se résoudre que par une saine pratique.

L'observation la plus superficielle nous présente tous les jours de ces maladies, qui, une fois implantées, pardonnez-moi l'expression, dans l'organisme, s'y développent et parcourent une carrière tracée d'avance, et pour ainsi dire invariablement, par leur nature. Ce n'est point sortir de la vérité la plus rigoureuse que de les comparer à des germes jetés tout fécondés en un lieu convenable, y naissant, se développant suivant des lois certaines et subissant fatalement, pour ainsi dire, des transformations prédéterminées depuis la naissance jusqu'à la mort. La loi d'accroissement par des phases successives et prévues, qui régit les germes des plantes ou des animaux et qui en constitue l'individualité, se retrouve aussi avec son inflexible autorité dans les maladies dont nous parlons. Evidemment, la loi ne reçoit pas toute son application, toute son extension, à propos de tout

gnané et de toute maladie : des accidents peuvent mettre fin, pour les uns comme pour les autres, à l'évolution qui se faisait, long-temps avant qu'elle ait atteint son terme naturel ; mais une évolution régulière n'en est pas moins, pour tous, l'état normal.

C'est de ce point de vue que la Société de médecine a envisagé la question qu'elle a livrée au concours. Les fièvres éruptives, a-t-elle dit, ont une marche régulière ; chacune d'elle, abandonnée à elle-même, doit subir une évolution dont on peut d'avance tracer l'histoire. Ses périodes, constatées par l'expérience, vont se succéder suivant la loi que comporte sa nature; et on se demande, non pas si l'art peut et doit intervenir pour régulariser le développement de ce germe, mais jusqu'à quel point il nous est donné d'en modifier le développement, d'en arrêter ou d'en hâter la marche. En d'autres termes, une plante étant donnée, nous pouvons, personne ne le conteste, obtenir par la culture que le développement dont elle est susceptible se fasse avec plus ou moins de bonheur : pouvons-nous également empêcher qu'elle pousse suivant les lois de sa nature ? Et de même, personne ne niera qu'il soit toujours possible de conduire à mal une fièvre éruptive ; personne ne niera que nous ne puissions très-souvent soulager ceux qui en sont affectés ; mais, pouvons-nous aussi faire par notre art que cette affection éruptive une fois germée ne subisse pas les évolutions qu'elle comporte essentiellement ?

Telle est la question que la Société a mise au concours.

Ainsi envisagée, c'est peut-être une des questions les plus importantes dont la philosophie d'une science puisse demander la solution à la pratique. Ce n'est plus ni un simple point de théorie, ni une de ces oiseuses discussions dans les-

quelles le faste des mots cache la nullité des choses. Il s'agit d'établir dans une discussion sévère la valeur de faits innombrables pour en faire jaillir en définitive ce qu'il y a de plus important pour toute science, un principe. Oui ou non; la médecine peut ou ne peut pas empêcher ou modifier le développement d'une fièvre éruptive donnée; elle peut ou elle ne peut pas en changer la nature; elle peut ou elle ne peut pas rendre improducteur le sol sur lequel est jetée la semence, frapper de stérilité le germe qui menace d'éclore, ou bien s'interposer comme une barrière infranchissable entre certaines périodes du développement morbide et celles qui les suivraient si l'on n'y mettait obstacle. Et quelles conséquences importantes ne pourrait pas avoir ce principe une fois obtenu et nettement dégagé en ce qui concerne les fièvres éruptives? Quelle fécondité n'acquerrait-il pas, appliqué à une foule d'autres maladies? Combien d'affections subiraient les lois imposées à celles dont nous nous occupons! Quelles sont celles qui répugnent à des rapprochements frappants avec les exanthèmes? Les affections inflammatoires avec leur tendance réguière à la suppuration, à l'ulcération, à la cicatrisation, les affections tuberculeuses et cancéreuses avec leurs productions constantes et leur développement fatal, ne forment-elles pas l'immense majorité des maladies qui tourmentent l'espèce humaine? Les remarquables analogies qui, sous le rapport de la marche et du développement, lient et confondent ces maladies, ne se fortifieraient-elles pas encore de l'identité et de l'application commune du principe cherché? La preuve et la mesure de la puissance de la médecine pour les unes ne serait-elle pas bientôt logiquement et invinciblement la preuve et la mesure de la puissance de la médecine pour toutes les autres? Ou bien, en supposant que l'expérience

n'ait pas encore conduit le médecin jusqu'à trouver le moyen de modifier également toutes ces affections dans leur développement, une solution sévère, obtenue pour quelques-unes, même pour celles dans lesquelles il paraît plus facile de l'atteindre, ne conduirait-elle pas naturellement à la pensée encourageante, que des expériences ultérieures permettront d'appliquer à toutes un principe dont la certitude aura été démontrée une fois pour l'une d'elles ?

Telles étaient, messieurs, les idées générales qui avaient animé votre commission, quand elle vous a proposé, pour sujet de prix, une question en apparence abstraite, mais en réalité soluble par les faits, c'est-à-dire par la pratique. Telles étaient celles qui ont présidé à la délibération par laquelle vous avez jeté cette grande question dans le monde médical. Aussi, nous ne sommes point étonné que votre appel ait été entendu en France et à l'étranger. Nous avons reçu quatre mémoires en réponse à la question proposée. Deux de ces mémoires, écrits en latin, sont en même temps très-volumineux. Cette considération, outre la difficulté du sujet, explique de manière à nous excuser le long retard qu'a subi ce rapport. Nous n'avons dû vous le présenter qu'après que chacun de nous eut jugé tous ces travaux, et surtout qu'après en avoir, entre nous, discuté et apprécié la valeur. Nous avons pris soin, en commençant ce rapport, de vous faire connaître le point de vue où nous nous sommes placés pour examiner les mémoires soumis à notre jugement ; il ne nous reste plus, pour accomplir notre tâche, qu'à vous offrir, dans une analyse fidèle de chacun d'eux, la justification des conclusions que nous aurons l'honneur de proposer à votre approbation.

Le numéro 1 porte pour épigraphe : « *Non tantum invenire, uti inventa probare.* »

L'auteur commence son mémoire par une sorte d'avant-propos dans lequel il professe, que, si les anciens avaient étudié dans les maladies éruptives aiguës de la peau, l'éruption, les complications, le génie épidémique, les modernes ont ajouté beaucoup aux acquisitions de leurs prédécesseurs : la variole a été retranchée du nombre de ces maladies, ou du moins mitigée, et les autres éruptions ont beaucoup diminué depuis la vaccine; ce qui s'explique, dit l'auteur, par *la soustraction d'un agent morbide cutané.* Les maladies aiguës de la peau doivent néanmoins éveiller encore l'attention, non-seulement des médecins, mais même des gouvernements. Il approuve donc la question *proposée* par la Société; mais n'ayant guère observé que des scarlatines, il ne parlera presque que de ces épidémies : l'application pour les autres découlera de ce qu'il aura dit de celles-ci. Suivant l'auteur de ce mémoire, la question demande : 1° si on a pu empêcher la maladie d'envahir un et ensuite plusieurs individus? 2° si, étant déclarée, il a été possible d'en hâter ou retarder la marche?

1° On n'a encore de préservatif que la vaccine contre la variole. Il est probable que l'agent de la scarlatine se trouve dans le règne végétal, et notre auteur n'est pas éloigné de le croire dans la belladone : 1° parce qu'on voit la scarlatine où croît cette plante; 2° parce que cette éruption est plus fréquente en automne; 3° parce que les symptômes internes de la scarlatine et de l'ingestion de la belladone se ressemblent.

Hahnemann a préconisé la belladone pour empêcher la scarlatine de se propager. L'auteur a vu essayer ce remède

en Allemagne, dans la plupart des cas, sans succès. En 1832, il en a fait l'expérience avec bonheur ; mais ces faits ne lui paraissent pas suffisants pour contrebalancer toutes les preuves contraires qu'il a eues sous les yeux. Un remède auquel j'accorde, dit-il, plus de confiance, ce sont les chlorures en lotions et en gargarismes. Des praticiens ont recommandé l'émétique et les diaphorétiques. Il pense qu'il faut rejeter ces remèdes toutes les fois qu'il y a excitation du système sanguin, et les employer chez les lymphatiques et les bilieux. On empêche d'ailleurs la contagion en éloignant du foyer les individus non atteints. C'est ce qui est arrivé en 1832 à ceux qui s'étaient retirés au nord et à l'orient ; au couchant, au contraire, tous furent atteints. Le vent soufflait du nord.

En résumé, il est impossible de prévenir la maladie chez un premier individu, et douteux qu'on puisse en empêcher la transmission à d'autres.

2° « *Non tantum naturæ magister, uti minister medicus.* » Très-grande vérité, dit l'auteur, pour la scarlatine et les fièvres éruptives. Leur cours est tellement réglé qu'à moins de cas exceptionnels, la médecine perturbatrice serait un crime. Modérer les accidents, bien saisir la constitution du malade et le génie épidémique, voilà tout ce qu'il y a de mieux à faire.

Il croit bien la belladone douée de quelque vertu ; mais il continue à suivre un traitement rationnel. La scarlatine débutant par des accidents cérébraux, il craindrait de donner le suc de belladone comme Hahnemann. Il doute des guérisons ainsi obtenues.

Dans une épidémie où il mourait trois dixièmes des ma-

lades, souvent dans le premier stade, voici le traitement qu'il a suivi :

Dans les cas simples : méthode expectante hygiénique, chaleur modérée, couvertures légères, boissons acidulées, moins que tièdes. Contre l'esquinancie, gargarismes avec une solution légère de sel ammoniac.

Quand la maladie débutait avec des symptômes inflammatoires plus intenses, saignées générales et locales, dérivatifs intestinaux.

Si elle a le caractère bilieux, tartre stibié. (Il est mieux supporté en Allemagne et en Suisse qu'en France, quoiqu'on en donne plus, (de 3 à 5 grains). Si les purgatifs étaient indiqués, de préférence il donne la casse, le tamarin, le petit-lait, la limonade, et d'après Sydenham le calomel.

Si la scarlatine passe à l'état de fièvre nerveuse, le rôle du médecin devient bien difficile. Les acides minéraux, entre autres l'hydrochlorique, des lavements avec de bon vinaigre, ont réussi. L'éruption ne se développant pas, on a conseillé des affusions et des bains chauds et même froids. Il faut bien préciser les cas. Les bains chauds seront utiles quand l'éruption sera d'un bleu livide, la peau sèche, les pieds froids, le reste du corps brûlant. Dans ce cas, on donne les bains avec de l'eau à 30° R. dans un appartement bien fermé. On essuie son malade et on le remet au lit ; l'exanthème se ranime, la chaleur s'égalise ; sinon on recommence au bout d'une heure. On aide l'action du bain par de légers excitants de la peau, et même par le camphre à petites doses.

Il a vu employer dans les hôpitaux d'Allemagne les affusions froides vantées par les Anglais. C'est un remède dangereux et qui est loin de développer l'éruption comme on l'a prétendu. Quand aucune congestion n'a lieu, que l'érup-

tion est pâle, disparaît par places, que la peau est sèche et brûlante, on verse sur le malade assis, dans une cuve, de l'eau froide pendant dix minutes. L'éruption paraît sur le champ; mais, comme le bon effet ne dure souvent que quelques heures, on recommence une seconde et même une troisième fois.

Il a employé avec avantage des lotions tièdes d'eau chlorurée.

Impossible au médecin de prévenir la dernière période, souvent la plus dangereuse; mais il peut en modérer les accidents, d'abord par une sage hygiène, puis par quelques médicaments pour ranimer les fonctions de la peau: par exemple, l'acétate d'ammoniaque, la poudre de Dower. On tiendra le ventre libre; des bains et lotions tièdes hâteront la desquamation.

Il ne dira rien ici des maladies qui suivent la scarlatine, elles sont hors du sujet.

En résumé, dit l'auteur, 1° il n'y a pas de moyen connu pour empêcher le développement de la scarlatine (la belladone n'est pas sûre).

2° Il y a des moyens qui, appliqués judicieusement, hâtent le développement et la marche de la scarlatine et des fièvres éruptives; tels sont les saignées, les vomitifs, les affusions chaudes et froides, les diaphorétiques légers.

Il reste prouvé, à mes yeux, qu'il n'y a point de spécifique contre la scarlatine, mais seulement des moyens variés de combattre des affections variées formant le tableau de la même maladie.

Vous voyez, messieurs, qu'il est difficile de mieux saisir la question que ne l'a fait l'auteur du mémoire n° 1. Malheureusement il n'a traité que la question particulière de la

scarlatine, et encore il l'a traitée comme s'il ne s'agissait que de présenter le résumé de ses opinions sur chacun des points qu'il devait éclaircir. L'auteur du mémoire n° 1 a fait preuve d'une intelligence supérieure, d'une bonne logique. La commission regrette qu'il n'ait pas employé plus activement et d'une manière plus complète pour la question à résoudre les dons heureux qu'il possède.

Le mémoire n° 2, le plus volumineux de tous, est écrit en latin, et plein d'une immense érudition. L'auteur se plaît à citer surtout les classiques allemands; nous allons tâcher de vous donner une idée exacte de son travail :

Il a pris pour épigraphe :

Voilà la règle de la nature, pourquoi contrariez-vous?

Repugnante naturâ, nil medicina proficit.

PREMIÈRE PARTIE. — Origine, cours, terminaison et nature des exanthèmes fébriles en général.

Il examine d'abord la question : que veulent dire ces mots : ARRÊTER, FIÈVRES ÉRUPTIVES, D'APRÈS LES FAITS. Après avoir fait remarquer que toutes les choses passées ne sont pas des faits dont on puisse se servir, et attribué les doctrines médicales à des constitutions maladives stationnaires, il entre en matière :

Les exanthèmes fébriles naissent suivant deux modes : 1° spontanément et alors sporadiquement ou épidémiquement; 2° par contagion. Le germe une fois admis pénètre jusqu'au sang, et le mal a trois périodes, *efflorescence*, *florescence*, *défloresсence*. Le cours de ces trois périodes peut varier, ainsi que celui de la fièvre concomitante qui dépend moins de l'éruption que de la disposition du sujet. La terminaison dépend de la constitution médicale, de l'état du sujet et enfin des concentrations de la matière exanthématique

que sur certains organes. L'auteur conclut que la *nature* des exanthèmes, soit spontanés, soit nés de contagion, consiste *dans la régénération du contage*; et cette régénération a lieu dans le sang et la lymphe par un changement morbide mais vital et zoochimique de la partie matérielle du sang et de la lymphe; et il se livre à une dissertation fort étendue pour prouver, par des autorités surtout, que ce ne sont ni la fièvre, ni l'éruption ni l'inflammation qui font la nature des fièvres exanthématiques.

Deuxième partie. — Que peut l'art contre l'évolution et la marche des exanthèmes contagioso-fébriles en général?

Il faut voir si l'art peut aller au-devant de l'évolution exanthématique, l'empêcher ou en accélérer et en modérer le cours, et dans le cas de l'affirmative, par quel moyen?

Nous ne pouvons pas, dit l'auteur, enlever les germes, une fois bien déposés, ni prévenir leurs conséquences; et les prophylactiques, s'il faut croire à leur efficacité, ne peuvent même être utiles que s'ils sont pris avant l'infection. Le contraire ne peut pas être prouvé.

Mais que peut l'art quand l'éruption est faite? L'auteur croit que la belladone dirige le cours du mal et l'accélère, mais rien de plus. En général, puisque nous ne pouvons pas arrêter le mal, cherchons à le rendre moins dangereux. L'éruption de l'exanthème n'est qu'une réaction de l'organisme prouvant seulement que l'évolution des *contages* a atteint un plus ou moins haut degré, que la puissance atmosphérico-tellurique et la propension individuelle ont exercé toute leur efficacité.

Le point capital dans le traitement de ces exanthèmes c'est que la régénération soit renfermée dans le stade fébrile et

dans les limites de l'efflorescence, qu'elle s'y termine et que la nature des exanthèmes s'y éteigne.

Il pense que les *contages* peuvent être détruits par la chimie, surtout par l'oxygène. Les matières oxygénées désinfectent, selon lui, les choses contagiées, comme cela est prouvé pour la peste, le typhus, et les exanthèmes fébriles. Il en conclut que les forces chimiques insérées dans l'organisme vivant peuvent s'opposer aux exanthèmes fébriles, qu'il faut donc répondre affirmativement. Puis il expose sur le traitement diététique des vues saines et qui sont à peu près celles de tous les médecins. De là il passe au traitement pharmaceutique qui doit tendre à modérer et maintenir la marche de la régénération des exanthèmes contagioso-fébriles. Dans cette partie de son travail, l'auteur se livre encore à de longues dissertations sur la théorie qu'il s'est faite sur la régénération des *contages*, et il établit en somme que l'art doit employer les remèdes propres à détruire les *contages* et en même temps montrer une faculté analogue aux symptômes de la réaction; qu'il faut employer les antipathiques, si les symptômes sont tellement exubérants qu'il y ait danger grave.

Quant aux affections locales qui peuvent survenir, on doit voir si elles sont sympathiques ou idiopathiques. Dans le premier cas elles sont moins graves; dans le second cas; si c'est le cerveau, après les dérivatifs internes, il n'est rien de mieux que de frotter la peau de la tête jusqu'à éruption abondante de pustules avec une pommade stibiée. Il blâme les fomentations froides.

Le stade d'efflorescence ne demande d'ailleurs le secours de l'art que quand la fièvre et les autres symptômes présentent l'apparence d'une réaction immodérée.

Rien à faire dans la défloresceuce. Dans les maladies secondaires, traitement varié dont il ne doit pas parler.

Troisième partie. — Que peut l'art contre le développement et la marche de la scarlatine?

L'auteur reconnaît plusieurs formes de scarlatines qui demandent toutes des traitements différents.

1° La scarlatine sans exanthème. Elle dépend du peu de disposition individuelle à avoir la scarlatine. Presque point de traitement, un peu de belladone, de stramonium ou de rhus toxicodendron.

2° La scarlatine régulière. Il faut surtout satisfaire aux symptômes de réaction et les aider en les facilitant ou en les modérant. La belladone est à cet égard le meilleur de tous les remèdes végétaux. En somme, il ne faut faire que ce que demandent les conditions individuelles et la constitution stationnaire des maladies.

3° La scarlatine miliaire. Cette forme n'exige pas un traitement particulier, interne ou externe, puisqu'elle ne diffère que par le degré de la scarlatine régulière.

4° La scarlatine inflammatoire. Longue dissertation sur la question de savoir si toute scarlatine est inflammatoire, question absurde, selon lui; et il distingue, avec Autenrieth, les inflammations en traumatiques, adhésives, plastiques, et en destructives, érysipélateuses, dyscrasiques, cachectiques, et exanthématiques qui *ne constituent pas la tendance réactive de l'organisation, mais au contraire sont constituées par elle et peuvent par conséquent être sthéniques ou asthéniques.*

Après avoir amplement discuté tous ces points et affirmé que toutes ces formes ne constituent pas la nature de l'exanthème, l'auteur termine par de bons conseils sur la diète et

les soins généraux. Suivant son opinion, c'est surtout à propos de la scarlatine inflammatoire qu'il faut parler de l'encéphalite et de son passage en hydropisie active du cerveau. Il attribue cet accident *à ce que les plexus solaires occupés à la régénération du contage transmettent le mal qui les tourmente au cerveau par le grand sympathique et le nerf vague.* Selon cette explication il propose le mercure doux qui éteint et détruit directement le contage.

D'une longue discussion de la pratique de Hufeland et de Stieglitz, il conclut qu'il n'y a point de méthode universelle pour traiter tous les exanthèmes contagioso-fébriles, et la scarlatine en particulier, mais que le traitement doit se tirer des conditions qui en font le caractère universel et individuel. Puis il disserte long-temps, avec des idées puisées dans les théories allemandes de la sthénie et l'asthénie, sur l'application du froid.

5° La scarlatine nerveuse. Elle diffère de toutes les autres en *ce que tous les nerfs sont traînés dans le cercle des réactions.* A ce sujet il blâme fortement ceux qui croient qu'elle vient de ce qu'on a négligé le traitement antiphlogistique. Il se récrie contre Broussais et M. Rayer, qui, suivant lui, donnent à cet égard une mauvaise direction au traitement.

6° La scarlatine typheuse, asthénique. La nature y manque de la force d'éliminer la matière produite par la régénération. C'est ici que le froid est utile, puis la belladone, le stramonium, le toxicodendron, l'arnica, la serpentaire, l'opium, le phosphore, l'acide phosphorique, etc.

7° La scarlatine putride. Moyens antiseptiques.

8° La scarlatine gastrique. On doute de l'existence essentielle de cette forme. Remèdes évacuants, malgré l'opposition des médecins exclusifs qui croient la scarlatine unique-

ment inflammatoire. Il blâme d'ailleurs ceux qui croient devoir toujours commencer le traitement de cette maladie par des émétiques. Il faut les donner suivant les indications fournies par le malade, et non pas suivant les théories, les systèmes, les méthodes et les faits, qui ne font que suivre les idées du temps dans lequel ils sont produits et reçus.

Les autres formes de scarlatines, laryngée, encéphalique, etc., ne lui paraissent pas mériter une mention spéciale.

Les scarlatines nerveuse, putride, gastrique, etc., ne sont que des transformations de la scarlatine régulière, c'est pour cela qu'elles ne se font point ainsi voir dès le principe; c'est donc à l'art de les prévenir.

Puis, dissertation générale pour montrer qu'il faut suivre la voie que la nature indique, et que ces maladies ne demandent pas un traitement antipathique. Il cite en preuve des explications qu'il a données l'histoire de la scarlatine, et il rappelle celle du choléra asiatique.

Les principales idées de l'auteur que j'ai tâché de vous faire connaître, sont résumées dans le dernier paragraphe.

Nous n'avons pas besoin, Messieurs, de répéter les louanges que nous avons déjà accordées à l'érudition de l'auteur. Il a traité son sujet en conscience; la question lui a paru mériter un travail étendu, et il n'a pas ménagé ses recherches; mais nous voudrions qu'il se fût plus attaché au sujet véritablement en discussion, qu'à ses théories sur la régénération des contages; nous désirerions qu'il eût évité avec plus d'attention l'un des écueils que nous avons signalés en publiant le programme du concours; nous le louerions surtout plus volontiers s'il avait évité les discussions inutiles, les paradoxes que le sujet n'appelait pas. Nous nous plairions enfin à récompen-

ser un mémoire si étendu et travaillé avec tant de soin, s'il ne nous paraissait pas quelque fragment d'un grand ouvrage préparé de longue main, et destiné à faire connaître à la France quelques idées allemandes sur les exanthèmes fébriles, plutôt qu'une réponse directe et spéciale à la question que la Société avait mise au concours.

Le mémoire numéro 3, presque aussi étendu que le précédent, est aussi écrit en latin.

Il commence par exposer la question avec le commentaire de la Société, et prend pour épigraphe ces paroles de Sydenham :

« Et sane mihi nonnunquam subiit cogitare nos in morbis depellendis haud satis lente festinare; tardius vero nobis esse procedendum et plus naturæ committendum quam usus hodie obtinuit. Errat enim, sed neque erudito errore qui naturam artis adminiculo ubique indigere existimat. »

Dans une première partie de son travail sur la nature et le traitement des fièvres exanthématiques en général, l'auteur traite d'abord de l'incertitude des divisions réelles et cependant du groupement naturel des exanthèmes. Parmi eux, il comprend les varioles, la scarlatine, la rougeole, la roséole et les varicèles, en leur reconnaissant pour caractère spécial l'efflorescence et l'exanthème qui peut pourtant manquer quelquefois. Puis il se livre à des généralités vagues et hypothétiques sur l'étiologie, la marche, l'histoire chronologique, les cas transitoires d'une forme à l'autre, et sur la nature des exanthèmes.

Quand la matière vénéneuse est reçue dans l'organisme et que celui-ci réagit contre elle, la maladie qui n'est que la manifestation du combat de la vie contre le miasme, ne peut

Sirey, Mayzier, de Bury, Brathwite, Willan, Hufeland, Wagner, Schwartz, Rayer, Hahnemann, Fleishmann, Andrew. Dewar.

Pour l'érysipèle : Freind, Frank fils, Theden, Velpeau, Higginbottome, Alibert, Renauldin, Serres, Lawrence, Lassis, Poirson, Martin Solon, Barthez, Malgaigne, Charles Meigs, Larrey, Bally, Tissot, Conté, Dupuytren, Tanchou, Cazenave, Schœdel, Stoll, Chomel et Blache, Ricord.

Dans une seconde partie, l'auteur rapporte des observations qui lui paraissent prouver jusqu'où va la puissance de la médecine pour modifier le caractère de ces éruptions.

Relativement à la variole, il donne huit observations prouvant en faveur de l'emplâtre de Vigo, et de l'emplâtre de trochisque de minium, négatives pour ceux du proto-chlorure de mercure, d'iodure, de diachylon, de gomme, plus favorables peut-être pour l'onguent mercuriel double, etc.

La rougeole n'est représentée que par une observation.

La scarlatine par six observations avec traitement antiphlogistique extrêmement modéré.

L'érysipèle par huit observations qui prouvent successivement en faveur des antiphlogistiques, des purgatifs, de la cautérisation par le fer rouge, des vésicatoires *loco dolenti*, du nitrate d'argent.

Enfin, dans une troisième partie l'auteur expose ses conclusions que voici :

Variole. — Certains agents la modifient. Il n'a obtenu de succès qu'avec des préparations mercurielles. Elles améliorent la maladie et préviennent les cicatrices.

Rougeole. — Il propose, d'après les auteurs, les vomitifs, les saignées, les lotions froides, un traitement sulfureux; comme préservatifs, l'inoculation.

Scarlatine. —Il vante les saignées, les vomitifs et les purgatifs, les bains froids, le nitrate d'argent, la vertu préservative de la belladone; et propose aussi l'inoculation.

Érysipèle. — Des agents multiples lui semblent efficaces; nous les avons cités plus haut.

L'analyse très-rapide que nous vous avons présentée de ce mémoire a dû néanmoins, Messieurs, laisser dans votre esprit l'idée que l'auteur du mémoire n° 4 avait aussi bien compris la question que l'auteur du mémoire n° 1, et en outre, qu'il l'avait traitée d'une manière plus pratique et plus approfondie. Vous avez regretté sans doute comme nous qu'il ait donné sa principale attention, non pas à la scarlatine, mais à la variole. Peut-être les faits importants qu'il a recueillis sur cette dernière maladie vous auraient-ils engagés à passer sur cette sorte d'irrégularité. Votre commission, Messieurs, était dans ces sentiments, et se sentait disposée à donner des louanges presque sans restriction à l'auteur du mémoire n° 4, lorsqu'une irrégularité d'un autre genre s'est démontrée à nos yeux. Les opinions, les observations de l'auteur sont presque toutes imprimées. Elles se retrouvent parfaitement identiques dans une thèse soutenue à la Faculté le 29 décembre 1837, par M. Garriel d'Avallon; cette raison, qui nous a décidés à ne présenter à la Société qu'une rapide analyse du travail que nous avions sous les yeux, nous a paru grave, et en présence d'une publicité antérieure à la clôture du concours, d'un mémoire en dehors des conditions usitées dans les concours académiques, votre commission n'a plus osé prendre sur elle de décerner une récompense à l'auteur.

En résumé, la commission considérant :

Que le mémoire n° 1 effleure la question sans la résoudre :

Que les mémoires n° 2 et 3, composés avec une patience et un soin qu'on ne saurait trop louer, ne la traitent cependant pas et la perdent presque toujours de vue pour se livrer à des digressions étrangères au sujet;

Que le mémoire n° 4 est mis hors du concours par une publication antérieure;

A l'honneur de vous proposer, tout en votant des remercîments pour les auteurs :

1° De déclarer qu'il n'y a pas lieu à décerner le prix sur la question mise au concours en 1836.

2° De refaire la question en augmentant la valeur d'un prix à proposer en 1839, sur un autre sujet.

Nota. Un cinquième mémoire portant pour épigraphe : *Juvanti fidem dat experientia* (Galien), est arrivé un an trop tard pour être compris dans le concours.

Ce rapport et ses conclusions ont été adoptés par la Société qui en a voté l'impression dans le recueil de ses travaux.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Campagne de Constantine de 1837, avec planche explicative, par M. Ch. Sédillot, D.-M.-P., chirurgien major, professeur de médecine opératoire de l'hôpital militaire de per-

fessionnement, agrégé à la Faculté, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc., etc.; in-8°, 300 pages.

Voici un livre qui échappe à la forme ordinaire des ouvrages que nous sommes habitués à voir sortir de la plume des médecins. Ceux qui n'attachent de prix qu'aux faits pathologiques dans toute leur nudité et leur sécheresse, ceux qui n'estiment que les observations de cas morbides bien longuement développées, où aucun détail, si minime qu'il soit, n'est passé sous silence, où à propos d'une fracture ou d'une contusion on ne nous fait pas grâce de la taille du blessé, de son tempérament, de la couleur, je dirais presque du nombre de ses cheveux, etc., etc., ceux-là, à coup sûr, ne goûteront pas beaucoup le livre de M. Sédillot. L'auteur a pressenti lui-même l'espèce de défaveur qui le menaçait, et cette considération ne l'a point arrêté. Il est allé au-devant des reproches dont son travail pourrait être l'objet. « Ayant assisté, dit-il dans son introduction, à la prise de Constantine, visité les provinces de Bone, d'Alger, et participé aux misères que j'étais chargé de secourir, j'ai raconté mes impressions sans oublier l'histoire de nos blessés et de nos malades. Ce serait mal connaître la position des chirurgiens de l'armée que de s'étonner de me voir sortir du cercle purement scientifique dans lequel nos études ordinaires semblent renfermées : vivant dans des rapports journaliers avec les chefs comme avec les soldats, soumis à des déplacements continuels, la nature même de nos fonctions nous force à des observations multipliées sur les nombreuses influences qui modifient l'état moral et l'organisation des hommes dont la santé nous est confiée. Il nous serait donc presque impossible d'ignorer les questions et les événements qui s'agitent et se

succèdent autour de nous, et s'il est loisible à chacun de dire les faits dont il a été témoin, ce droit appartient également au médecin habitué à considérer les objets sous le point de vue de leur utilité, et sans partialité ni entraînement. »

C'est par ces considérations que M. Sédillot a cru devoir expliquer la forme et le caractère de son travail, et qu'il cherche à le justifier du reproche qu'on pourrait lui faire de contenir trop ou trop peu de chirurgie. Pour nous, il n'avait pas besoin de justification. Depuis quand un médecin cesserait-il d'être un homme et un citoyen, et perdrait-il les droits et les priviléges attachés à cette double qualité, sous le bonnet doctoral, et dans l'exercice souvent si pénible d'un ministère de dévouement et d'humanité? Hippocrate décrivant les mœurs et les habitudes des divers peuples de l'Europe et de l'Asie, et des Scythes en particulier, dans son immortel traité *des airs, des eaux et des lieux*, a-t-il cru se dépouiller de son caractère médical, et s'est-on jamais avisé de lui reprocher les sages préceptes d'hygiène qu'il a déduits de ses observations à ce sujet? et pour arriver tout de suite à des autorités contemporaines, les écrits des Percy, des Desgenettes, des Larrey, ont-ils perdu de leur intérêt aux yeux des savants eux-mêmes, parce qu'on y trouve çà et là, au milieu des faits purement médicaux qu'ils renferment, quelques détails sur les événements dont ces hommes célèbres ont été témoins, et souvent même acteurs obligés? La crainte de passer pour de simples littérateurs aux yeux de ses confrères, de n'être qu'un médecin pour les gens de lettres, de se voir même contester ce double titre par des juges plus sévères qui n'ont le plus souvent ni l'une ni l'autre qualité, mais sont doués en revanche d'une forte dose de prétention et d'envie, une pareille crainte, dis-je, ne doit point arrêter l'homme

d'esprit et de cœur qui a la conscience de son savoir, et est convaincu de l'utilité de ce qu'il va dire. M. Sédillot devait moins redouter qu'un autre de voir contester son mérite chirurgical. Ses travaux antérieurs, son professorat, ses concours lui formaient un bouclier d'honorables antécédents derrière lequel il pouvait se mettre à l'abri et braver toutes les attaques de l'envie et de la mauvaise foi. Au total, son moyen le plus puissant de justification, à notre avis, est son livre lui-même, qui nous paraît avoir sur la plupart des ouvrages si froidement et si sèchement didactiques de notre époque, l'immense avantage de se faire lire avec plaisir et intérêt, tandis qu'un grand nombre de ceux-ci sont vraiment illisibles. Or, que peut-on apprendre dans un livre dont l'attention la plus robuste et la plus patiente ne peut supporter la lecture? Qu'on ne se figure pas d'ailleurs qu'une foule de détails contenus dans l'ouvrage de M. Sédillot soient complètement étrangers à l'art médical, ou qu'il soit permis à un médecin de les ignorer. Tout ce qu'il dit relativement au climat, aux mœurs et aux habitudes des habitants d'Alger et de Bone, lui fournit à l'instant même des réflexions pratiques et des applications hygiéniques d'un véritable intérêt. La forme des habitations, à peu près dépourvues de croisées, ne présentant que de simples ouvertures assez étroites toutes tournées du côté de rues fort resserrées, et presque complètement abritées, plutôt semblables à de sombres corridors qu'à des rues véritables, la couleur blanche des maisons, la même couleur blanche adoptée pour les vêtements, tout cela ne semble-t-il pas avoir été physiquement calculé pour garantir les habitants des ardeurs du soleil d'Afrique? L'instinct seul a tenu lieu à ces peuples de toute notre science, et malgré ce qu'elle nous apprend, nous voulons importer dans un climat si dif-

féront de nôtre toutes les habitudes de notre Europe. L'usage de se raser la tête, dont la religion fait un précepte aux Arabes, n'est-il pas fondé sur une nécessité hygiénique, dans un pays où la poussière et la sueur rendent si difficile d'entretenir la propreté de la chevelure? L'inconvénient que pourrait avoir d'un autre côté ce dépouillement complet de la tête de son vêtement naturel a dû amener un usage qui le remplaçât et garantît cette partie de l'action de la chaleur, aussi bien que du froid et de l'humidité, qu'on y voit succéder quelquefois d'une manière si brusque. Les calottes de laine quelquefois au nombre de cinq ou six l'une sur l'autre, et, par dessus, un épais turban remplissent merveilleusement ce but. Ces peuples si étrangers à nos connaissances en hygiène ont bien su donner à leurs habitations la direction la plus salubre. En même temps qu'ils les ont abritées des ardeurs du soleil, ils ont soigneusement évité d'en tourner l'entrée et les ouvertures du côté où soufflaient des vents malsains, et porteurs d'émanations marécageuses. L'usage du café qu'on prépare en Afrique bien plus faible que chez nous, et par décoction, et qu'on boit pour ainsi dire toute la journée, n'est-il pas le résultat de la nécessité bien sentie de se défendre de l'influence débilitante du climat par une boisson habituelle tonique et stimulante? Son emploi nous a été d'un grand secours chez nos fiévreux et a été un excellent adjuvant du quinquina. Dans l'impossibilité de suivre M. Sédillot dans toutes les observations que lui ont fournies les lieux qu'il a parcourus, nous nous contenterons de signaler au lecteur quelques faits curieux. Les Arabes n'ont pas été pour nous en Afrique les seuls ennemis à redouter. A Dréan, espèce de camp composé de baraques établies sur une colline près de la Seybouse, nos soldats ont eu à souffrir des morsures

d'une quantité innombrable de puces pour la destruction desquelles on n'a pas jugé à propos d'employer quelque moyen bien simple sans doute, tel que de brûler sur la surface du sol une légère couche de paille. M. Sédillot croit du reste que la génération de ces insectes n'est pas toujours due au séjour prolongé d'un corps de troupes sur un même point, mais bien plus souvent à des conditions de localités. Il y a des terrains où l'on en trouve des myriades sans qu'ils aient été précédemment habités, et dans ce cas elles sont généralement plus grosses, tirent un peu sur le blanc dans leur moitié postérieure, et sont également avides de sang. Le camp de Dréan doit à la présence de ces hôtes incommodes le nom pittoresque de camp des puces que lui imposèrent nos soldats.

Les scorpions, assez communs en Afrique, se rencontrent surtout en grande quantité à Neche-Meya, situé à une étape de Dréan. M. Sédillot insiste sur le peu de gravité des piqûres de ces animaux, et sur la disparition assez prompte des légers symptômes inflammatoires qu'elles déterminent, sans que le traitement, quel qu'il soit, paraisse y contribuer d'une manière marquée. Les soldats, persuadés que le meilleur moyen de guérison est d'écraser le scorpion sur la blessure, employaient souvent ce procédé sans y gagner autre chose, la plupart du temps, que quelque piqûre de plus, mais aussi sans éprouver pour cela d'accidents plus sérieux.

M. Sédillot n'a point oublié de faire mention de quelques sources d'eaux minérales qui se rencontrent en Afrique. Ce qu'il dit des eaux thermales d'Amman Mescoutine, des nombreuses pyramides carbonatées dont la formation ne saurait être rapportée à d'autre cause qu'au dépôt de ces eaux, et de la légende arabe relative à ces eaux et qui les a fait qualifier

de *maudites*, tout cela est fort curieux, et excite vivement l'attention du lecteur.

Nous passerons sous silence tous les détails relatifs aux fièvres du pays, auxquelles notre auteur a payé aussi son tribut personnel. Il partage sur le traitement de ces maladies les opinions des trois observateurs, et de M. Worms en particulier, aux soins de qui il s'était confié lorsqu'il en fut atteint, et dont nous avons examiné la brochure dans un des précédents cahiers de la *Revue*.

On ne dira pas sans doute que les observations sur la situation et l'organisation des divers hôpitaux permanents ou temporaires, et sur la position particulière des officiers de santé en campagne, soient des hors-d'œuvres dans le livre de M. Sédillot. Personne plus qu'un médecin n'est apte à juger les diverses questions relatives à cet objet, et c'est même un devoir pour lui de s'en occuper. Il était surtout fort important, dans l'intérêt du service médical, de signaler les dures conditions auxquelles étaient soumis en Afrique les officiers de santé, obligés de s'occuper comme le simple soldat de tous les détails de l'équipement et de l'approvisionnement, de nettoyer leurs effets d'armement et d'harnachement, d'étriller leurs chevaux, d'aller chercher les vivres et le fourrage, etc. M. Sédillot a fait ressortir les graves inconvénients d'un pareil vice d'organisation, et l'immense avantage qu'il y aurait à exempter le plus possible les médecins des préoccupations et des soins personnels, et à les laisser tout entier aux devoirs de leur profession. Il exprime aussi l'utile désir d'établir dans chaque station, hôpital ou ambulance, un local particulier dans lequel on exercerait les chirurgiens à la pratique des opérations.

Il est temps que nous disions un mot de la partie chirur-

gicale proprement dite du livre. Les faits les plus intéressants qu'elle renferme sont relatifs à des plaies pénétrantes dans les diverses cavités du corps, à des gisements de balles ou autres corps étrangers dans des parties plus ou moins profondes du squelette, à des fractures compliquées, à des brûlures plus ou moins étendues par la déflagration de la poudre, etc.

Sans entrer dans le détail de tous ces faits, nous nous contenterons de signaler les plus intéressants, tels qu'un cas de perforation et de déchirure intestinale sans pénétration du corps vulnérant dans la cavité abdominale, et sans solution de continuité à la peau des parois, suivi, du reste, d'épanchement de matières fécales et d'une péritonite promptement mortelle.

Une observation fort curieuse de pénétration d'une balle dans l'épaisseur du cerveau, rappelle tout-à-fait un cas rapporté par M. Larrey, et où le corps étranger fut extrait par ce célèbre chirurgien, au moyen d'une couronne de trépan appliquée au point du crâne opposé à celui qui lui avait donné entrée. M. Sédillot, tout en approuvant et établissant comme précepte la conduite tenue dans cette circonstance par M. Larrey, se reproche de n'avoir pas poussé aussi loin que lui la hardiesse chirurgicale, l'autopsie lui ayant prouvé, dans le fait qui lui est particulier, que la balle reposait aussi sur le point opposé du crâne que sa force amortie n'avait pu traverser. M. Sédillot combat à ce sujet l'erreur de ceux qui espèrent qu'un kyste protecteur s'organisera dans le cerveau autour d'un corps étranger, et que son séjour pourra être à peu près sans inconvénients. Les fastes de l'art ne contiennent pas un seul exemple de balle enkystée dans l'encéphale. Il soutient même que les projectiles enclavés dans l'épaisseur du

squelette amènent presque constamment de graves accidents, et établit comme règle générale de pratique les tentatives d'extraction. Nous recommandons à la méditation des jeunes chirurgiens les sages préceptes qu'il développe relativement à la recherche des balles. L'emploi d'une sonde cannelée aiguë pour pratiquer les contre-ouvertures, et suivre le trajet de ces projectiles dans leurs déviations quelquefois si extraordinaires, nous paraît une très-bonne chose.

Le bandage inamovible confectionné avec la solution d'amidon a rendu à M. Sédillot de grands services dans quelques cas de fractures comminutives et compliquées. Il donne dans une note à ce sujet la description fort curieuse d'un appareil à fracture appliqué sur une femme turque, à laquelle il eut occasion de donner des soins, par un indigène arabe, remarquable par la précision avec laquelle il remplit les plus importantes indications des fractures compliquées, et l'extrême simplicité de sa composition : nouvelle preuve que chez les peuplades à peu près sauvages, une sorte d'instinct tient souvent lieu de la science et fait quelquefois aussi bien qu'elle.

Pour ne pas donner à notre article des proportions démesurées, nous sommes obligés de ne faire qu'indiquer tout ce qui est relatif aux brûlures graves observées chez un grand nombre de blessés de Constantine, brûlures dont plusieurs, faute d'autres moyens, furent pansées dans le premier moment avec des compresses trempées dans la boue délayée, résultat des pluies abondantes qui ont failli être si funestes au succès de l'expédition.

Ces brûlures ont compromis le succès de plusieurs opérations, et sont entrées pour beaucoup dans les causes de la mortalité d'un grand nombre d'amputés. Nous ne pouvons aussi

que mentionner le procédé mixte d'amputation à la fois circulaire et à lambeaux, dans la continuité des membres, adopté par M. Sédillot, son amputation médio-tarsienne, et le relevé assez triste du sort des amputés, d'après M. Guyon, chirurgien en chef de l'expédition. Indépendamment des brûlures dont nous venons de parler, et des diverses conditions d'atmosphère et de localité défavorables au succès des opérations, le choléra est venu ajouter son influence délétère à toutes les autres causes de destruction. M. Guyon a suivi la marche et la propagation du fléau; et pour ceux qui nient la contagion, il est au moins fort difficile de ne pas croire à une sorte de communication d'un lieu à l'autre par les transmigrations d'individus appartenant à des corps de troupes infectées.

Ceux qui ne veulent pas voir dans l'ouvrage de M. Sédillot un livre de science nous demanderont peut-être compte du style de l'auteur. Nous leur répondrons que s'il n'a pas toujours la correction sévère et l'élégance qu'on pourrait exiger dans un ouvrage purement littéraire, il ne manque pas pourtant d'une certaine chaleur, et qu'il présente parfois dans quelques descriptions une couleur locale tout-à-fait remarquable. Il est certains passages que ne désavoueraient pas beaucoup d'écrivains de profession. Nous nous plaisons à citer entre autres l'aspect d'Alger, la description d'un marché à Bouffarick, le coup-d'œil que présente un bivouac dans le désert et dans un pays boisé, quelques détails de l'attaque de Constantine et des combats dans l'intérieur de la ville, etc. Au total, ce livre nous a trop intéressé pour que nous ayons eu l'idée d'en remarquer les défauts et les taches. Il ne manquera pas d'esprits chagrins pour les signaler. En nous amusant M. Sédillot nous a désarmé, et nous ne pouvons que recom-

mander la lecture de sa relation à tous ceux qui cherchent à la fois, dans un livre, plaisir et instruction. CORBY.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Rapports entre le ramollissement cérébral et les symptômes qu'on lui attribue.— État du sang dans les différentes maladies. — Incertitude des signes diagnostiques de l'albuminurie.— Albumine donnée en boisson et en lavements dans la dysenterie.—Sang des scrofuleux.— Douches et affusions froides dans l'aliénation mentale.— Déchirures du périnée et de la cloison recto-vaginale chez la femme.— Variété de dysenterie.

Gazette médicale (Février 1839).

I. *Mémoire sur les rapports qui existent entre le ramollissement cérébral et les symptômes qu'on lui attribue* ; par M. Max. DURAND-FARDEL, interne de la Salpêtrière.— Dès les premières lignes de ce mémoire, que nous avons lu du reste avec beaucoup d'intérêt, nous avons vu qu'il était l'œuvre d'un homme placé à moitié au véritable point de vue médical. M. Fardel a très-bien compris que les symptômes ne constituent pas la maladie, qu'ils ne sont que l'expression de la maladie; mais après avoir reproché avec raison à MM. Rostan et Andral de se laisser absorber par des formes symptomatiques, il est tombé dans une erreur non moins grave, puisqu'il leur conseille de diriger toute leur attention sur ce qu'il appelle *élément organique* et qu'il considère comme *leur cause essentielle*, bien que, dans le cours de son travail, il dise qu'il n'y a pas toujours *un rapport nécessaire* entre l'élément organique et l'appareil symptomatique. Mais, s'il n'y a *pas de rapport nécessaire* entre ces deux termes, il est évident que l'un n'est pas *la cause essentielle* de l'autre. Et si l'élément organique n'est pas la cause essentielle des symptô-

mes, quelle est donc cette cause? nous ne connaissons, nous ne connaîtrons jamais la cause essentielle des symptômes, c'est-à-dire la nature des rapports qui lient un symptôme à un autre symptôme, et celui-ci à celui qui le précède et dont il découle par loi de génération. La seule chose que nous devions rechercher, car elle est la seule chose saisissable et la seule réellement utile, c'est la loi de succession des phénomènes pathologiques. Classer les phénomènes dans leur ordre véritable de succession, c'est le seul système applicable à la science médicale qui n'est pas appelée à expliquer les faits, mais à les coordonner. En coordonnant donc les faits qui se rapportent au ramollissement du cerveau et qui sont très-bien exposés dans le mémoire de M. Fardel, nous arrivons naturellement aux propositions suivantes.

Le ramollissement du cerveau est tantôt aigu, tantôt chronique.

Il n'y a pas de symptôme essentiel qui permette d'affirmer constamment l'existence du ramollissement chronique du cerveau; car un malade, après avoir présenté, pendant un temps plus ou moins long, tous les symptômes d'un ramollissement chronique, succombe quelquefois à la suite d'accidents cérébraux aigus, et l'on ne trouve à l'autopsie que des désordres se rapportant évidemment à un ramollissement aigu.

Il n'y a pas non plus de symptôme essentiel qui permette d'affirmer constamment l'existence d'un ramollissement aigu. En effet, dans la plupart des ramollissements chroniques, la vie se termine par des accidents qui semblent autoriser à croire qu'un ramollissement aigu s'est enté sur un ramollissement chronique, et pourtant l'autopsie ne présente qu'un ramollissement chronique.

Donc il n'y a pas de symptômes essentiels qui permettent d'affirmer constamment l'existence d'un ramollissement du

cerveau soit aigu, soit chronique, puisque d'une part les symptômes du ramollissement aigu du cerveau peuvent exister, pendant la vie, sans qu'on trouve, après la mort, la plus légère altération qui s'y rapporte ; et que d'une autre part, le ramollissement chronique du cerveau peut durer un temps plus ou moins long, sans produire aucun symptôme particulier comme le démontrent plusieurs faits et entre autres celui que je vais emprunter au mémoire de M. Fardel.

La femme Durand, âgée de 88 ans, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière au mois de septembre 1838, avec un épanchement pleurétique énorme ; elle succomba huit jours après, conservant jusqu'à la fin une intégrité remarquable des mouvements et de l'intelligence. Elle mourut sans agonie, assise sur son séant, appuyée sur ses genoux, comme elle se tenait habituellement; une demi-heure avant, elle avait parlé fort distinctement. Des renseignements certains apprirent à M. Fardel que cette femme, parfaitement conservée pour son âge, ne présentait aucune trace de lésion du cerveau.

Autopsie. Légère infiltration séreuse de la pie-mère, à la partie inférieure et interne du lobe antérieur de l'hémisphère gauche; plusieurs circonvolutions sont légèrement violacées, aplaties, très-adhérentes à la pie-mère, fluctuantes. Une incision étant pratiquée sur ce point, on pénétra dans une cavité profonde, pleine d'une bouillie rougeâtre, coulante, et de laquelle s'échappa un liquide un peu rouge, épais et trouble comme s'il était mêlé de pus. Au milieu de ce ramollissement plus large qu'un gros œuf de poule et plus étendu profondément qu'à la superficie, on voyait un lacis considérable de petits vaisseaux rouges manifestement dilatés, semblant représenter la trame vasculaire de la substance blanche. Ce ramollissement, partout d'un rouge brunâtre aussi foncé, assez exactement limité à son pourtour, avait complètement envahi le corps strié. Du côté de la cavité

ventriculaire, à la place de la saillie de ce dernier, était un enfoncement mollasse, dont la superficie était violacée et très-injectée; la substance du corps strié ne se reconnaissait en aucune manière, au milieu du détritus qui l'environnait.

De ce que des symptômes cérébraux peuvent exister sans altérations cérébrales, et des altérations cérébrales, même très-étendues, sans symptômes qui en révèlent l'existence, il ne faut pas en conclure, avec M. Fardel, *qu'il faut être sobre d'induction à l'égard des symptômes, et craindre de leur accorder une confiance qu'ils ne méritent pas;* mais, bien qu'il faut se garder de la manie de vouloir toujours trouver une altération matérielle derrière chaque symptôme, et s'apprendre à voir dans un symptôme ce qui y est réellement, une manifestation antérieure d'un acte vital, par conséquent intérieur et caché. Loin donc de ne pas mériter notre confiance, les symptômes la réclament toute entière; car seuls ils peuvent nous instruire de ce que notre œil ne peut voir, de ce que notre scalpel ne peut toucher. Aussi, au lieu de refuser, avec M. Fardel, aux symptômes toute leur importance dans les affections cérébrales, c'est aux altérations matérielles au contraire que je serais plutôt tenté de les refuser, puisqu'il est certain qu'elles peuvent arriver à un degré extrême sans produire aucun désordre fonctionnel sensible; car la médecine n'est pas l'art de disserter sur les altérations que l'on trouve ou que l'on invente après la mort, mais elle est l'art de porter remède à la santé altérée : *ars medendi medicina*. Mais je ne refuse l'importance qu'ils méritent ni aux altérations matérielles ni aux symptômes; je dis seulement que les symptômes ne sont pas dans une dépendance absolue des altérations matérielles, qu'ils ne naissent pas d'elles nécessairement, qu'il y a dans l'organisme quelque chose de caché qui les produit. Ce quelque chose est la chose importante, essentielle; ce quelque chose

est tout; mais, après ce quelque chose, le symptôme est la chose la plus importante pour le médecin, puisqu'il nous donne l'éveil, nous apprend qu'il se passe dans les profondeurs de l'organisme quelque chose d'anormal, qui, abandonné à lui-même, fera peut-être tôt ou tard des ravages matériels plus ou moins graves, plus ou moins évidents. Le symptôme est comme une sentinelle amie qui avertit du danger. L'altération matérielle est un ennemi d'autant plus dangereux qu'il est quelquefois muet et nous ronge en silence, jusqu'à ce qu'une mort imprévue ou des symptômes soudains nous viennent éclairer sur l'étendue de ses ravages.

Les symptômes, dit M. Fardel, sont à l'organisme ce qu'est le son aux corps qui le produisent. Cette comparaison n'est pas entièrement exacte; je veux bien cependant l'accepter; car elle prouve contre ceux qui voient dans ce qu'ils appellent l'élément organique la cause essentielle des symptômes. En effet, de même que pour se rendre compte du son, il ne faut pas se contenter d'examiner les vibrations d'un corps sonore, mais tenir compte du milieu dans lequel ces vibrations ont lieu, de même, pour apprécier véritablement les symptômes, il ne faut pas en chercher seulement la cause dans les modifications matérielles du corps, mais encore dans le milieu dans lequel ce corps est placé: ce milieu c'est la vie avec ses lois. Faites vibrer un corps dans le vide, le son ne sera pas produit : c'est que la présence de l'air est la première condition de la transmission du son dont il est le véhicule. Les mêmes mouvements ont eu lieu dans le corps sonore que lorsque le son est produit, et cependant le son n'a pas été produit, c'est que les conditions de la manifestation du son ne s'y trouvaient pas. De même un organe peut être altéré, et les symptômes qui d'ordinaire en révèlent l'altération ne peuvent avoir lieu; c'est que les conditions déterminantes de ces symptômes n'existent pas; dès que ces

conditions existeront, les symptômes apparaîtront. Cela prouve donc que, comme nous l'avons dit, les symptômes ne sont pas dans une dépendance absolue des altérations matérielles, mais qu'ils sont déterminés par des lois qui nous sont voilées. Comme les symptômes, les altérations sont sous la dépendance de ces mêmes lois. Elles sont des effets qui, à leur tour, deviennent causes, il est vrai; mais elles n'en sont pas moins des effets de quelque chose d'intérieur et de caché que nous ne pourrons jamais saisir.

II. *Mémoire sur l'état du sang dans les différentes maladies*; par M. le docteur A. Raciborski, chef de clinique à l'hôpital de la Charité.—Tout solidisme ou humorisme exclusifs sont, comme l'a dit avec raison Bichat, un non-sens pathologique; car à la suite de toute altération des solides il doit y avoir altération du sang, de même qu'à la suite de toute modification du sang il doit y avoir modification des solides. Le sang pouvant donc devenir malade, soit primitivement, soit secondairement, il est utile d'apprécier, autant que faire se peut, ses diverses altérations; mais l'analyse chimique ne l'ayant pas encore fait suffisamment connaître à l'état normal, on ne peut se fier à elle pour en déterminer les altérations; aussi est-on obligé de s'en tenir aux modifications appréciables de son état physique.

De toutes les modifications physiques du sang, celle qui a le plus fixé l'attention des médecins, c'est la couenne, que, dans certains cas, présente le sang tiré par la phlébotomie. Nous avons rendu compte, dans le cahier de janvier 1838, d'un excellent travail sur la couenne inflammatoire; pour éviter d'inutiles répétitions nous y renvoyons nos lecteurs.

M. Raciborski n'attache qu'une importance fort secondaire à la présence ou à l'absence de la couenne, parce que, dit-il, des maladies très-différentes peuvent offrir de la couenne, tandis qu'elle peut ou non s'observer dans des af-

fections tout-à-fait identiques. Ces raisons ne sont d'aucun poids à nos yeux, elles prouvent seulement que des maladies que l'on regarde comme identiques ne le sont pas autant qu'on le pense, et ont réellement des différences que l'on n'aperçoit pas; car enfin, dans une même maladie, le sang ne présente pas toujours de la couenne: quelquefois on n'en trouve pas à la première saignée et les autres en présentent; d'autre fois c'est le contraire qui a lieu. Cependant si l'on ne regarde que le nom de la maladie, la maladie n'a pas cessé d'être identique; il faut pourtant qu'elle ait cessé d'être identique en quelque chose, pour qu'elle ne se manifeste plus par les mêmes effets. La même cause, *dans les mêmes conditions*, produit constamment les mêmes effets; quand les effets changent, c'est que la cause n'existe plus, *ou que les conditions*, sous l'empire desquelles elle agissait, *sont changées*. Ainsi donc, la présence de la couenne dans des maladies réputées différentes, et son absence dans des maladies réputées identiques ne prouvent rien contre la constance de ce phénomène; elles démontrent seulement notre ignorance sur les circonstances dans lesquelles il se produit. Que prouve en effet, contre la constance de la couenne, son absence, chez un malade, dans une maladie donnée, tandis qu'elle s'observe chez un autre malade dans la même maladie, puisque, chez le même malade, elle n'existe pas dans tous les périodes de la même maladie? La seule conclusion logique qu'on puisse tirer de ce fait, c'est que si les mêmes maladies, chez les mêmes malades, sont diverses suivant les périodes auxquelles on les observe, à plus forte raison doivent-elles présenter des différences quand on les considère chez des malades divers et à diverses périodes. Ils sont donc bien fous ces intrépides statistiqueurs qui prétendent établir l'efficacité d'un médicament, dans une maladie vaguement désignée, suivant le nombre de succès ou d'insuccès qui ont suivi son administration.

Mais revenons à M. Raciborski, qui, n'attribuant à la couenne toute importance parce qu'il la considère comme un phénomène infidèle, en attache au contraire une très-grande au degré de densité que présente le caillot du sang, tiré par la veine ou par les scarifications des ventouses. A l'état hors mal, dit-il, les globules du sang n'ont qu'un faible degré d'attraction pendant la vie; aussi, quand la force de la circulation n'empêche plus cette attraction de s'exercer, le caillot que forment les globules du sang en se rapprochant les uns des autres retient-il la matière colorante qui leur sert d'enveloppe, et une certaine quantité de sérosité, et présente-t-il une consistance si modérée, qu'il est rare de le voir résister à une pression médiocre des doigts? L'inflammation, augmentant la force d'attraction des globules du sang, les fait adhérer plus fermement entre eux, et partant se débarrasser de la sérosité et de la matière colorante qui étant plus pesante se précipite; aussi plus l'inflammation est forte, plus le caillot doit être petit, puisqu'il contient d'autant moins de sérum qu'il est plus ferme. Moins il y a d'inflammation au contraire, plus le caillot est mou et moins la sérosité est abondante. Voilà, en peu de mots, le résumé des observations de M. Raciborski sur le sang examiné dans son état physique. Il semble croire que le premier il a cherché dans la force de cohésion du sang des caractères plus constants que la couenne, pour en faire apprécier les altérations. Giannini, pour ne citer que lui, dans son Traité si remarquable de la nature des fièvres et de la meilleure manière de les traiter, regarde comme caractère de la couenne inflammatoire la consistance du sang qui forme le caillot : Car, dit-il, il est d'expérience que le sang, hors de la veine, a une plus grande force de cohésion dans les maladies sthéniques que dans celles qui ne le sont pas; que cette force de cohésion est considérable et commune à la couenne et au caillot quand la

maladie est sthénique. Ainsi donc, ajoute-t-il, si la couenne seule ne peut pas être un signe de la diathèse sthénique, sa consistance et celle du caillot feront reconnaître cette diathèse. Rapprochons donc ces deux phénomènes pour nous guider dans *le diagnostic* des maladies.

III. *Remarques sur l'incertitude des signes diagnostiques de l'albuminurie, à l'occasion de deux observations cliniques*; par A. Toulmouche, D. M. à Rennes. — La présence de l'albumine et sa forte proportion dans l'urine ont été données par le docteur Bright comme un signe pathognomonique de l'altération des reins. Cependant les docteurs Graves, Morisson, Forget ont observé cette sécrétion albumineuse de l'urine, accompagnée même d'autres symptômes de la maladie décrite par Bright, sans qu'on trouvât à l'autopsie une lésion organique des reins. M. Toulmouche dit qu'il lui est souvent arrivé de trouver dans les urines des malades atteints d'hydropisie une quantité notable d'albumine, sans que les reins fussent malades. Peut-être, ajoute-t-il, plus tard l'auraient-ils été, si, comme le prétend Valentin, l'altération de la sécrétion urinaire finit par amener l'état morbide décrit par Bright. M. Toulmouche rapporte deux observations, l'une d'une personne qui succomba à une phthisie pulmonaire compliquée d'une lésion du cœur, chez qui l'on trouva, à l'autopsie, le rein gauche plus allongé que l'autre d'un quart; leur tissu rouge, légèrement granulé; leurs deux substances peu distinctes l'une de l'autre et faciles à déchirer, sans que rien pendant la vie eût pu faire soupçonner une telle altération des reins. Dans la deuxième observation, c'est le contraire qui a lieu : tout semble indiquer une lésion des reins; l'urine laisse déposer une couche épaisse d'albumine par la chaleur et l'acide nitrique; il y a des douleurs de reins habituelles, les extrémités sont œdé-

matiées, etc., etc. La malade meurt, et à l'autopsie on trouve les reins peu volumineux et sains; les deux substances pâles, la vessie pleine d'urine limpide.

Ces deux observations démontrent la vanité de la prétention aujourd'hui si commune de démontrer un rapport nécessaire entre l'élément organique et l'appareil symptomatique.

A. F.

L'Expérience (Janvier et Février 1839).

I. — *Mémoire sur le traitement de la dysenterie par l'albumine donnée en boissons et en lavements; par* J. T. MONDIÈRE. — Il se fait dans la dysenterie une abondante sécrétion glaireuse et albumineuse, à la surface intestinale. Par cette voie, le sang se trouve tout d'un coup privé d'une quantité considérable de ses principes albumineux. Si l'on rapproche de ce fait évident pour tout le monde cet autre fait, que la dysenterie est autre chose qu'une inflammation pure et simple du gros intestin, on pourra se demander avec toute raison, si, de même que l'on guérit la chlorose, maladie dans laquelle le sang est privé de ses principes ferrugineux, par les préparations martiales, quelles que soient d'ailleurs les formes sous lesquelles on les administre, on ne pourrait pas aussi guérir la dysenterie, en redonnant au sang ses principes albumineux.

Après avoir fait ces réflexions et s'être posé cette dernière question, M. Mondière en vint immédiatement à l'expérimentation clinique. Le blanc d'œuf, si souvent employé dans les empoisonnements par les dissolutions de mercure et de cuivre, s'offrit à sa pensée, et c'est à lui qu'il eut recours.

Plusieurs observations relatives à des sujets de différents âges viennent toutes à l'appui de cette médication. D'abord la dose d'albumine fut peu considérable, mais bientôt M. Mondière l'augmenta considérablement, ayant acquis la certitude que la guérison était d'autant plus facile et plus prompte que cette quantité était plus grande. Voici la formule qu'il a adoptée :

℞. Eau simple. . . . . ℔ ij.
Blancs d'œuf bien frais. . . n° vj.

Battez avec soin et passez.

Ajoutez :

Sirop de sucre. . . . . ℥ iij.
Eau de fleurs d'oranger. . . q. s.

On fait prendre aux malades, dans l'espace de vingt-quatre heures, trois et quatre bouteilles de ce saccharum, par tasses rapprochées, qu'il y ait ou non de la soif. Si les malades sont altérés, ils dépassent facilement la dose indiquée, ce qui est un avantage ; dans le cas contraire, comme ce saccharum est une boisson agréable, ils peuvent encore, sans la moindre répugnance, boire les trois bouteilles prescrites. Les enfants même en consomment facilement une bouteille et demie à deux bouteilles dans ce même intervalle de temps.

En même temps que les malades font usage de ce saccharum, on leur donne trois fois par jour un demi-lavement composé d'eau simple dans laquelle on bat trois blancs d'œufs ; de sorte que vingt-sept à trente blancs d'œufs sont ingérés dans les vingt-quatre heures, ou à peu près deux livres d'albumine ; car chacun en contient une once.

Telle est l'efficacité de ce traitement, dit M. Mondière, que nous avons vu des dysenteries fort graves céder dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, sans laisser, pour ainsi dire, aucune trace de leur existence, non-seulement

alors qu'il était mis en usage dès le début de la maladie, mais encore lorsque celle-ci existait depuis huit jours et plus.

L'action de l'albumine serait telle qu'il n'y aurait pour ainsi dire pas de convalescence, et que, le flux dysentérique à peine arrêté, les malades pourraient bientôt manger comme auparavant et bientôt vaquer à leurs affaires. Toutefois ici, comme dans l'application de la plupart des méthodes thérapeutiques, la prudence exige que les malades continuent, mais à des doses décroissantes, et cela pendant deux à trois jours, l'usage du saccharum et des lavements albumineux.

Le premier effet de ce traitement est de calmer les coliques, de diminuer le ténesme et les épreintes; et au bout de quelques heures, terme moyen, les selles commencent à changer de nature et à diminuer de nombre, et cela d'une manière quelquefois si subite, que des malades ayant eu quinze, vingt selles, et plus, dans les vingt-quatre heures qui avaient précédé son emploi, n'en avaient plus que quelques-unes assez éloignées, aussitôt qu'une ou deux bouteilles de saccharum et les premiers lavements étaient administrés. Il est à noter, à ce propos, que les lavements agissent plus promptement dans ces cas, et d'une manière plus efficace que le saccharum.

Le régime n'est pas sévère pendant la durée de ce traitement : vingt-quatre à trente-six heures de diète suffisaient, et plusieurs malades n'ont pas cessé de prendre du bouillon et même de la soupe. M. Mondière rapporte même l'observation d'un boulanger, qui, atteint de la dysenterie depuis plus de dix jours, a été guéri en vingt-quatre heures par ce traitement, bien qu'il n'ait pas cessé de boire et de manger, et de faire trois et quatre fournées de pain par jour, exposé par conséquent à une température très-élevée.

Il resterait maintenant à discuter le mode d'action de

l'albumine, ce qui, soit dit en passant, pourrait bien ne pas être aussi clair que l'indiquait en commençant M. Mondière. Lui-même, au reste, est dans le doute : est-ce comme simple adoucissant, par une propriété spéciale, par absorption, etc.? L'auteur serait disposé à admettre la seconde hypothèse; au surplus, comme il le dit bien vite, peu importe l'opinion qu'on adopte, il doit suffire au médecin praticien de savoir que l'albumine guérit la dysenterie, comme le sulfate de quinine guérit la fièvre intermittente.

Et, pour continuer ces rapprochements, de même qu'il est un bon nombre de fièvres qui se guérissent seules, sans nul besoin de sulfate de quinine, qu'il s'en trouve aussi contre lesquelles ce médicament est sans action, et d'*autres* qui réclament la combinaison de son emploi avec plusieurs moyens, de même aussi doit-on s'attendre à rencontrer, et l'on rencontrera souvent des dysenteries qui se guériront sans l'albumine, ou à l'aide des traitements ordinaires; d'autres qui résisteront à ce moyen, d'autres enfin qui pourront le réclamer, mais aussi à d'autres médicaments, ou précédé des saignées locales et générales, etc. Tant il est vrai qu'en thérapeutique on ne saurait formuler une méthode applicable à tous les cas, sous peine de voir de si nombreuses exceptions à la règle, que celle-ci bientôt cesserait d'être loi pour devenir à son tour l'exception.

II. — *Recherches sur le sang des scrofuleux; par* M. Dubois (d'Amiens). — Avant de soumettre le sang des scrofuleux à l'examen microscopique, l'auteur avait déjà bien des fois constaté une diffluence remarquable dans ce liquide, une diminution notable dans sa coagulation. Le sérum était en grande proportion relativement à la fibrine, et les caillots qui se formaient toujours avec lenteur étaient mous et d'une diffluence remarquable. Le sang en général était

très-difficile à arrêter, même quand on l'obtenait par une simple saignée veineuse.

Examinés au microscope, les globules du sang des scrofuleux ne parurent pas en général avoir éprouvé une diminution notable de volume; mais leur couche périphérique avait évidemment éprouvé une altération. Les deux sortes de globules ont été constamment retrouvés par M. Dubois; les globules sphéroïdaux n'offraient rien de particulier et ne différaient guère entre eux que par leur volume; en général, ils n'ont pas paru dépasser un quatre-centième de millimètre. Mais les globules lenticulaires étaient manifestement altérés, leur dépression ou tache centrale était portée au-delà des limites naturelles; ce n'était plus seulement un point ombré sur chacune de leurs faces, mais un cercle obscur avec un point central transparent, de sorte qu'on les aurait crus véritablement troués. D'autres globules étaient entièrement déformés; quelques-uns paraissaient irrégulièrement cylindriques ou du moins allongés, d'autres irrégulièrement circulaires et largement échancrés: de sorte que les premiers semblaient provenir de ceux-ci, qui auraient fini par s'allonger pour prendre une apparence cylindrique.

Il est à noter que si ces altérations n'ont pas été constantes dans le sang des scrofuleux, ni aussi bien marquées dans tous les cas, du moins M. Dubois n'a jamais trouvé de dispositions semblables dans le sang des individus autres que des scrofuleux.

Faisant l'application de ces faits à la connaissance de la nature, des causes, des symptômes de l'affection scrofuleuse, l'auteur avoue qu'il y a bien lieu peut-être à faire quelques hypothèses; toutefois il est quelque vraisemblance, quelques probabilités à l'égard de certains rapports pathologiques. Nous ne suivrons pas l'auteur dans cette seconde

partie de son intéressant mémoire : nous ne pensons pas qu'il y ait lieu d'en tirer pour le moment des conséquences pratiques directement utiles, ou différant notablement de ce qu'on savait déjà ; et d'autant plus que cela pourrait fournir ample matière à discussion. E. D.

Archives générales de médecine (Mars 1839).

Mémoire sur l'emploi des douches et des affusions froides dans le traitement de l'aliénation mentale ; par M. Leubet, médecin de l'hospice de Bicêtre. — « Les douches administrées dans le traitement de l'aliénation mentale consistent en un jet ou en une masse d'eau froide, venant d'un réservoir placé à cinq ou six pieds de hauteur, quelquefois même à huit ou dix pieds, et que l'on dirige sur la tête de l'aliéné pendant qu'il est au bain. Si la masse d'eau est considérable, il semble à celui qui reçoit la douche, et qui est en état de se rendre compte de ses sensations, qu'une masse d'un plomb glacial lui tombe sur la tête ; et en même temps il perd la respiration, tant à cause de l'impression qu'il ressent, qu'à cause de l'eau, qui, inondant sa figure, s'oppose au libre passage de l'air par le nez et par la bouche. Le pouls acquiert promptement une très-grande fréquence, et de 60 ou 70 pulsations il passe à 100, à 120 et plus. On cite un cas de mort après la douche, je ne sais s'il est bien constaté ; on m'a rapporté un cas d'hémiplégie qui a duré seulement quelques heures, après une douche long-temps continuée. J'ai vu un épileptique qui, dans un accès de fureur, ayant saisi un couteau dont il voulait frapper les médecins et les surveillants, fut mis au bain et douché. La lutte violente qu'il soutint contre les surveillants ayant ajouté à son exaspération, la

douche, quoique faible, lui fit perdre connaissance, et il eut pendant environ trois heures des attaques de son mal; mais dès le soir il était presque entièrement remis, et le lendemain il n'y paraissait plus.

Les effets de la douche varient suivant qu'elle est plus ou moins forte, et qu'elle dure plus ou moins longtemps. Le diamètre de l'ouverture qui donne passage à l'eau est depuis un demi-pouce jusqu'à six pouces; sa durée, depuis quelques secondes jusqu'à une demi-minute. La douche de plusieurs pouces doit toujours cesser promptement; celle d'un demi-pouce ou d'un pouce a quelquefois été continuée jusqu'à dix et douze minutes : dans ma pratique, je ne l'ai pas donnée pendant plus de deux minutes, j'ai même assez rarement été au-delà de trente secondes.

La douche forte ne peut être supportée impunément par aucun malade. Il n'en est pas de même de la douche faible : j'ai vu des malades s'y montrer presque indifférents, et quelques-uns la recevoir avec plaisir. Les malades qui la supportent le mieux sont ceux qui respirent à de longs intervalles, qui ont la poitrine large et forte, et qui n'ont aucune maladie des poumons ni du cœur. Il m'est arrivé plus d'une fois, en faisant mettre un malade au bain pour lui donner la douche, de prévoir, à l'inspection de sa poitrine, quel degré d'obstination il mettrait à suivre mes conseils.

Rien de plus facile que de donner une douche; il suffit d'avoir des aides en assez grand nombre, et une baignoire munie d'un couvercle solide et percé d'une ouverture pour passer le cou du malade : ce qui est difficile, c'est de tirer parti, et un parti durable, de ce moyen de traitement. Beaucoup de médecins redoutent d'en faire usage, et blâment ceux qui n'ont pas la même réserve qu'eux. Je l'ai employé dans la maison de santé de M. Esquirol, je l'emploie souvent à l'hospice de Bicêtre, et je puis affirmer que si je n'ai pas toujours opéré

la répression ou obtenu les concessions que je voulais, du moins il n'est jamais arrivé d'accident aux malades qui l'ont subie. Je dirai plus : les malades quittent rarement la baignoire sans me remercier et me serrer la main en signe de reconnaissance. La douche, cependant, leur est douloureuse; mais j'use à leur égard d'un procédé, ou plutôt d'un stratagème, dont l'idée m'a été fournie par l'observation d'un fait presque vulgaire et qui me réussit bien. Je me montre sévère et dur contre ceux qui ont fait une faute dont je veux les corriger, je trouve cette faute énorme, et j'ordonne un remède ou une punition (ces deux mots sont quelquefois équivalents) également énorme. Si la menace produit du repentir, je fais mes conditions et je pardonne; s'il a *fallu* un commencement de répression, j'y ai recours; dès que le malade cède, je m'arrête, et si j'obtiens de bonnes promesses, je me montre généreux sans réserve en faisant grâce du reste de la peine que j'avais prononcée. Il arrive alors, ce qui arrive dans le monde; on me sait gré du mal que je pouvais faire et que je n'ai pas fait, et j'inspire plus de reconnaissance que si je m'étais montré constamment bon.

Si le malade est trop obstiné, soit parce que son caractère est indomptable, ce qui n'arrive guère qu'aux natures perverses, comme sont les habitués des prisons, soit parce que le moment d'agir ou le moyen thérapeutique n'ont pas été bien choisis, me souvenant qu'avant tout il faut ne pas nuire, je fais interrompre la durée de la douche, sans pourtant laisser croire que je cède, mais en disant que je ne veux ni perdre mon temps, ni me fatiguer davantage à soigner un malade si peu digne que je m'occupe de lui. De cette manière l'honneur est sauf. Je ne laisse pas croire à ma défaite, et je puis revenir plus tard sur le moyen déjà mis en usage, ou en employer un autre, sans que le malade soit encouragé dans son obstination par le souvenir d'un premier succès.

C'est une condition très-défavorable au traitement d'un aliéné, qu'il ne se plaigne pas de la douche; car, s'il ne la craint pas, on n'en retire que peu d'avantages. L'action de l'eau froide tombant sur la tête produit un ébranlement dans toute l'économie, qui, sans doute, est de nature à y opérer quelque changement capable de modifier l'état pathologique dans lequel se trouvent les aliénés; mais le résultat moral est bien autre ment important que l'effet physique, et doit être mis en première ligne.

Dans la démence, je ne fais usage de douche que très-rarement; dans la manie aiguë, très-rarement aussi; dans la monomanie, au contraire, j'y ai très-souvent recours, et je l'emploie alors pour que les malades en aient peur et se décident à faire ce que je veux plutôt que de s'exposer à la recevoir. Aussi souvent que je puis la leur épargner, je le fais, et pour cela j'ai recours à mille moyens que me fournit le caractère du malade, la nature de sa maladie et l'inspiration du moment. »

M. *Leuret* rapporte plusieurs observations particulières pour prouver les avantages qu'on peut retirer de la *douche* dans le traitement de la folie, et termine son mémoire par les conclusions qui suivent :

« Dans chacune des observations que je viens de rapporter l'eau froide donnée en douche ou en affusion a été d'une utilité incontestable : à la crainte que les malades en ont eue revient la plus grande part des résultats avantageux qu'elle leur a procurés; mise en usage *matériellement*, elle aurait eu peu d'effet; mais à l'aide de quelque artifice elle est devenue un puissant moyen de guérison. Je dirai donc de ce remède employé dans la monomanie, ce que Sydenham disait de l'opium employé dans le traitement des maladies ordinaires : *Ita necessarium est in hominis periti manu organum, ut sine illo manca sit ac claudicet medicina.* »

Journal des connaissances médico-chirurgicales. (Mars 1839).

Mémoire sur les déchirures du périnée chez la femme, et sur celles de la cloison recto-vaginale, rédigé d'après les leçons de M. Roux; par M. Mercier. — Quelques considérations anatomiques sur la région périnéale constituent la première partie de ce mémoire, dans lequel M. Mercier décrit avec beaucoup de soin les divers degrés de déchirure que le périnée est susceptible d'éprouver, et les divers modes de traitement qui leur sont applicables. Mais c'est principalement la périnéoraphie imaginée par M. Roux, dont l'auteur s'attache à démontrer l'utilité et la simplicité. C'est au chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dit M. Mercier, que doit être attribué ce mode opératoire nouveau, et qui consiste à disséquer de chaque côté de la solution de continuité un lambeau quadrilatère, ayant un pouce et demi à deux pouces dans son diamètre coccy-pubien, et s'étendant de la peau jusqu'à la cloison, et puis à réunir les deux lambeaux à l'aide de la suture enchevillée. Sur onze cas, cette opération a réussi sept fois. Chez une malade, elle n'a réussi qu'à la seconde tentative. Deux sont mortes: l'une à la suite de phlébite ou de résorption purulente; l'autre, dont la déchirure périnéale était compliquée du renversement du rectum et du vagin, a succombé à la recrudescence d'une entérite chronique dont elle était affectée depuis long-temps; chez deux autres le succès a été incomplet.

Voici les conséquences thérapeutiques que M. Mercier a cru devoir tirer de son travail. Si une déchirure de la cloison est récente, on devra attendre quelque temps ce qui résultera des efforts de la nature : on attendra également si la fistule, quoique ancienne, est de peu d'étendue, parce

qu'il est presque certain qu'elle se fermera, soit spontanément, soit sous l'influence de quelques cautérisations. Si la déchirure est ancienne et très-étendue, on emploiera la cautérisation de ses angles à la manière de M. Cloquet; si en même temps le périnée est déchiré, le sphincter seul restant intact, on coupera celui-ci et on restaurera le périnée suivant le procédé de M. Roux. Enfin, ce n'est que quand on n'aura pas d'autre ressource qu'on aura recours à la suture et à l'autoplastie.

Journal de médecine pratique de Bordeaux (Janvier 1839).

Observations sur une variété de dysenterie; par M. GINTRAC. — M. Gintrac, ayant eu l'occasion de faire l'autopsie de plusieurs sujets qui avaient succombé pendant une épidémie dysentérique, a pu constater qu'il existe une forme, une variété de dysenterie, dans laquelle les follicules de la muqueuse du gros intestin sont essentiellement et profondément altérés. Ce praticien distingué a trouvé cette membrane non-seulement rouge, épaisse, ramollie, couverte d'un enduit épais, visqueux; mais il a très-bien remarqué une multitude, soit de pustules, soit de petites excavations, remplies d'un mucus sanglant, circonscrites par des bords circulaires saillants, et rongeantes, ou réunies, rapprochées, confondues et formant des ulcérations irrégulières, qui dénotaient la lésion des cryptes ou follicules, leur inflammation, leur dilatation, leur destruction. L'auteur rapporte avec détail un grand nombre de faits de ce genre, qui lui ont permis de déduire les conclusions suivantes :

Il est une variété de dysenterie que l'on peut nommer folliculeuse ou dothinentérique, à cause du mode de lésion de la muqueuse du gros intestin qui la caractérise.

Je l'ai vue surtout en été.

Elle a attaqué les deux sexes, et n'a épargné aucun âge.

Elle n'est point contagieuse.

Sa marche a été celle d'une maladie aiguë.

Elle n'a pas présenté l'appareil inflammatoire qui se montre, soit quand il y a péritonite, soit lorsque la phlegmasie intestinale est plus vive, plus franche ou plus étendue.

Elle n'a point revêtu le caractère ataxique, adynamique ou typhoïde qui donne le plus souvent à l'inflammation des follicules de Peyer un cachet spécial.

Elle ne semble pas au premier aspect redoutable; mais elle est très-souvent mortelle.

Elle résiste aux émissions sanguines et au traitement antiphlogistique. L'extrait gommeux d'opium uni à l'acétate de plomb m'a paru le médicament le plus propre à la combattre avec succès.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Février 1839.)

Les séances de l'Académie des sciences pendant le mois de février ont été presque complètement étrangères aux sciences médicales.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Février 1839).

Empoisonnement par l'acide arsénieux. — Eaux minérales de Vichy contre les affections calculeuses.—Épidémie typhoïde de Toulon. — Morve aiguë chez l'homme. — Hydropisie de la matrice. — Compression et raréfaction de l'air sur toutes les parties du corps par les appareils de M. Junod. — Éléphantiasis de la mamelle. — Luxations congénitales du fémur.— Emploi de la sabine contre la syphilis. — Chimie organique et médecine légale.

Séances du 5 et du 12 février. — *Empoisonnement par l'acide arsénieux.* — A l'occasion du procès-verbal, M. Orfila prend la parole pour dire que la partie véritablement neuve et qui lui est propre dans le travail qu'il a lu dans la séance précédente, c'est le moyen de trouver les moindres atomes d'arsenic à l'aide de l'appareil de Marsh, perfectionné par M. Chevallier et par lui.

M. Londe : Je demanderai à M. Orfila si la minime quantité d'arsenic qu'il prétend retrouver par l'ébullition prolongée du cadavre dans de vastes chaudières de fonte ne pourrait point provenir de ces chaudières elles-mêmes. La fonte du commerce contient une certaine quantité d'arsenic : est-il impossible que pendant l'opération indiquée il ne s'en détache quelques particules extrêmement ténues, mais suffisantes pour représenter la quantité retrouvée (un grain et demi) ? une douzaine d'auteurs ont proposé des procédés particuliers pour reconnaître dans les cas d'empoisonnement les plus minimes quantités d'arsenic ; chaque auteur n'a pas manqué de donner son procédé comme infaillible; aujourd'hui cependant tous ces procédés sont déclarés défectueux. A l'époque où je suivais les cours de chimie, on professait

qu'exposé sur les charbons ardents l'acide arsénieux se volatilise en répandant une odeur alliacée, et M. Orfila lui-même donnait pour PROPRIÉTÉ ESSENTIELLE le même effet (l'odeur alliacée) *lorsqu'on projette l'acide arsénieux sur une plaque de fer préalablement chauffée au rouge;* aujourd'hui cependant M. Devergie écrit que, dans ce dernier cas il n'y a pas production d'odeur alliacée, et M. Orfila est revenu de cette erreur. C'est à Berzélius qu'on doit de l'avoir signalée. Cette odeur alliacée (Messieurs, ce ne sont pas des objections que j'adresse à M. Orfila, ce sont de simples réflexions que je lui soumets), cette odeur alliacée produite par la projection de l'acide arsénieux sur le charbon était regardée avant 1819 comme une propriété essentielle propre à déceler la présence de l'arsenic; hé bien! aujourd'hui elle n'est avec raison regardée, et par M. Orfila lui-même, que comme un indice propre à faire soupçonner la présence du poison; car on sait que quelques corps, le phosphore, par exemple, et quelques résidus alimentaires peuvent exhaler la même odeur par la combustion; cependant si l'on eût prononcé d'après ce prétendu caractère essentiel, qu'en serait-il résulté? Messieurs, il s'agit de la vie et de l'honneur des hommes, et ces questions ne doivent pas être lestement tranchées.

M. Orfila : J'ai prévu l'objection et j'en ai parlé à l'Académie : 1° La fonte et le cuivre peuvent contenir de l'arsenic et en céder à la décoction aqueuse; 2° un *décoctum* arsénical qui a été préparé dans des vases de cette nature peut fournir de l'arsenic à la fonte et au cuivre, et l'enlever, par conséquent, au bouillon. Il résulte de mes expériences qu'aucun de ces deux effets ne se produit. J'ai fait mieux : j'ai fait bouillir avec le décoctum aqueux d'un cadavre des alliages de cuivre et d'arsenic, contenant de fortes proportions de ce dernier métal, et le bouillon n'a jamais renfermé la plus petite trace de préparation arsénicale.

Quant à la découverte faite par M. Devergie, et qui consiste à établir que l'odeur alliacée appartient à l'arsenic et non à l'acide arsénieux, ce n'est pas à ce médecin qu'elle est due. M. Devergie ne doit être cité à cette occasion que pour montrer l'erreur dans laquelle il est tombé lorsqu'il a annoncé que c'était un élève en médecine qui a signalé ce fait. Cet élève, Messieurs, était tout simplement *Berzélius*.

M. Pelletier : Ce qu'il y a de plus important dans le travail de M. Orfila, c'est moins ce qui est relatif à l'appareil de Marsh que le procédé pour découvrir les moindres particules d'arsenic passées dans l'organisme ; c'est là ce que je regarde comme une découverte extrêmement importante.

Eaux minérales de Vichy. — M. Patissier fait un rapport sur les travaux que l'Académie a reçus des médecins inspecteurs des eaux minérales pendant l'année 1837. La commission, dont M. Patissier est l'organe, déclare à M. le ministre que les mémoires qui lui sont parvenus, étant fort peu détaillés, ne lui offrent rien de bien important à signaler. Néanmoins elle saisit l'occasion de quelques faits consignés dans ces travaux pour se livrer à quelques considérations sur la valeur de différentes sources d'eaux minérales et particulièrement de celles de Vichy, dans le traitement de certaines maladies chroniques.

A ce sujet M. Londe fait observer qu'il ressort du rapport de la commission que les eaux minérales de Vichy ont une action manifeste sur les calculs urinaires ; il souhaite qu'il soit adjoint à la commission un chirurgien spécialiste des maladies des voies urinaires qui puisse positivement faire savoir à la commission si les malades soumis aux eaux de Vichy éprouvent une diminution réelle dans le volume des calculs qu'ils portent. Il nie toutefois que les eaux de Vichy augmentent toujours les douleurs de vessie.

M. Ségalas ne croit aucunement à la diminution du volume

de la pierre par le traitement des eaux de Vichy ou autres semblables, et soutient, contrairement à l'opinion de M. Londe, que dans le plus grand nombre de cas ces eaux augmentent les douleurs vésicales. Quant à la mensuration du calcul par un lithomètre, elle est d'une valeur tout-à-fait nulle, puisque les calculs ayant des formes irrégulières, chaque essai peut donner un résultat différent.

M. Leroy d'Étiolles et M. Petit adressent, au sujet de la partie du rapport qui concerne les eaux minérales de Vichy, deux lettres sur l'action de ces eaux dans l'affection calculeuse.

La lettre de M. Leroy d'Étiolles est celle qu'il a adressée à l'Académie des sciences, et que nous reproduisons en entier :

Monsieur le Président,

Je regrette vivement que derrière la question de la dissolution des calculs par les carbonates alcalins se trouvent mis en jeu des intérêts personnels; toutefois, cette considération ne doit pas détourner les intéressés eux-mêmes de la recherche de la vérité : l'avenir donnera la preuve de leur sincérité.

Pour arriver à la solution de cette question beaucoup moins simple qu'on ne paraît l'imaginer, il faut en rassembler tous les éléments; c'est pourquoi je joins à la note que j'ai déjà déposée sur le bureau de l'Académie, cette lettre dans laquelle j'appelle l'attention de la commission sur les faits suivants :

1° Dans un grand nombre de circonstances, les graviers qui sont expulsés par les malades après un traitement alcalin ou pendant sa durée ne présentent aucune apparence de dissolution ni de commencement d'action.

2° La substance blanche que l'on observe à la surface de

certains calculs d'acide urique n'est pas seulement formée d'urate de soude, comme on le suppose généralement, mais il se précipite de l'urate de chaux qui diminue la solubilité des premiers sels.

3° Dans certains cas, les carbonates alcalins favorisent et augmentent la déposition des phosphates triples sur les calculs d'acide urique, en sorte que l'on fait succéder une diathèse à une autre.

4° Quelquefois les carbonates alcalins déterminent la précipitation d'un carbonate de chaux à la surface des calculs d'une certaine espèce, de ceux d'oxalate de chaux, par exemple, ainsi que je viens de le voir pour un gravier de neuf lignes de long, expulsé par un marchand de bouteilles, rue de Provence, n° 23; depuis deux mois il prenait de l'eau de Vichy, et dans les anfractuosités du calcul était déposée une substance blanche faisant effervescence avec l'acide hydrochlorique.

5° Les carbonates alcalins peuvent donner lieu à la formation d'une gravelle de carbonate de chaux et d'urate de chaux, ainsi que le prouve le fait de M. Gap que connaissent et M. Gasc et M. Petit; quatre fois la pierre chez ce malade s'est reformée depuis trois ans, et cela d'autant plus vite qu'il prenait de l'eau de Vichy en plus grande abondance. Trois jours après son retour de Vichy, au mois de septembre, je lui ai retiré de la vessie plusieurs graviers; et l'analyse, faite par MM. Guibourt et Borson, a montré qu'ils étaient formés de carbonate de chaux et d'urate de chaux.

Le calcul primitif était formé d'acide urique, d'urate d'ammoniaque et de beaucoup de nuances; il donnait 15 lignes de diamètre.

Les carbonates alcalins ont une action manifeste sur certains calculs placés dans certaines circonstances. Quelles

sont les conditions nécessaires à leur action? dans quelles limites peuvent-ils agir? C'est à l'expérience de nous le montrer.

Deux extrêmes sont à éviter : détourner de l'emploi de l'eau de Vichy, de Pougues, etc., des malades qui pourraient en retirer de bons effets, serait chose fâcheuse; les entretenir dans un espoir trompeur de guérison, et laisser s'aggraver l'état de la pierre et de la vessie, serait chose également fâcheuse.

Quel est le point? Cherchons.

Je pars ce soir pour aller à Vendôme voir un confrère, qui pendant long-temps a espéré guérir par l'eau de Vichy; et maintenant le catarrhe de la vessie, l'intensité de la douleur et la pierre ont diminué les ressources chirurgicales. Je ne veux tirer de ce fait aucune conséquence forcée, et pourtant je pourrais en citer plusieurs du même genre.

L'Académie possède dans son sein assez d'hommes capables d'élucider cette question : toutefois, si elle juge que je puisse y contribuer en quelque chose, je suis à sa disposition.

J'ai l'honneur d'être, monsieur le Président, votre très-dévoué serviteur et confrère,

LEROY D'ÉTIOLLES.

La lettre de M. Petit établit, contrairement aux opinions d'un membre de l'Académie :

1° Que l'eau de Vichy n'a jamais augmenté les douleurs vésicales des personnes atteintes de la pierre;

2° Que l'action de cette eau a pour effet constant de diminuer les souffrances, et de fondre graduellement la pierre jusqu'à complète disparition de ce corps;

3° Que le malade dont a parlé M. Ségalas à la dernière séance n'a que fort peu fait usage des eaux de Vichy, et qu'il a, indépendamment de la pierre, des excroissances

dans la vessie, auxquelles il faut principalement attribuer les phénomènes qu'il éprouve; sa pierre, d'ailleurs, n'a point été mesurée depuis trois mois, le malade s'étant refusé au cathétérisme : en conséquence, on ne peut savoir si elle a changé de volume.

M. Ségalas déclare qu'il n'a point parlé contre l'efficacité des eaux de Vichy, et qu'il en a au contraire dit du bien dans son Traité de la gravelle et de la pierre. Quant au malade en question, il ajoute qu'il ne s'est point expliqué sur les conditions de sa vessie, et qu'il n'a pas avancé une chose inexacte en disant que ce sujet s'était mal trouvé des eaux de Vichy. Du reste, dit M. Ségalas, le malade est aujourd'hui confié à mes soins ainsi qu'il l'avait été autrefois; je me fais fort de démontrer à tout membre de l'Académie qui le désirerait l'exactitude de mes assertions sur le volume de sa pierre.

[1] *Épidémie typhoïde de Toulon.* — Les journaux ont annoncé qu'une épidémie de fièvre typhoïde très-meurtrière s'est déclarée à Toulon. Il serait peut-être convenable que l'Académie demandât aux correspondants qu'elle a dans cette ville quelques renseignements sur la nature de l'épidémie, qu'elle les engageât à bien constater chez les individus qui ont succombé à l'affection régnante le développement des follicules de Peyer et l'éruption pétéchiale.

Morve aiguë chez l'homme. — M. Andral présente les pièces pathologiques d'un homme qui vient de mourir dans ses salles à la Charité, avec tous les symptômes de la morve aiguë. Ces symptômes et les lésions matérielles offrent une grande ressemblance avec ceux qu'ont présentés les cinq autres sujets atteints de la même maladie, qu'on a observés depuis deux ans à Paris. Il s'agit aussi d'un cocher qui avait soigné des chevaux morveux; il a offert l'éruption boutonneuse et gangréneuse à la peau, dans les fosses na-

sales, dans la bouche, la pneumonie lobulaire, et des fusées purulentes aux membres.

M. Barthélemy a renouvelé, à l'occasion de ce fait, les mêmes objections qu'il avait avancées à l'occasion des cinq observations précédentes.

MM. Rayer, Bouillaud, Rochoux et Andral ont fait voir l'exagération des remarques de M. Barthélemy, et qu'il est impossible de se refuser encore aujourd'hui à l'évidence des faits qui démontrent de la manière la plus incontestable l'existence d'une morve chez l'homme, communiquée par le cheval.

Hydropisie de la matrice. — Le docteur Dumas présente une pièce intéressante d'anatomie pathologique *relative* aux hydropisies de l'utérus. La personne qui était le sujet de cette observation était une dame âgée de 73 ans. Elle portait depuis long-temps dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, volumineuse, et de forme sphéroïdale, qui devenait parfois le siége de douleurs et d'élancements violents. Dans les premiers jours de novembre 1838, cette dame, habituellement bien portante, éprouva les symptômes généraux d'une péritonite bornée à la région hypogastrique. Frissons, malaise vague, nausées et vomissements fréquents, dureté et fréquence du pouls, tension et sensibilité vive de la partie inférieure de l'abdomen, tels sont les premiers accidents qui se déclarèrent; des bains, des cataplasmes et des fomentations émollientes les calmèrent; mais au bout de huit jours, il survint par la vulve un léger suintement d'abord séreux, qui bientôt après devint extrêmement abondant. A mesure que la quantité de l'écoulement augmenta, il s'opéra dans sa nature et sa composition de très-graves changements; de séreux et inodore qu'il était d'abord il devint successivement plus épais, rougeâtre, et exhala une odeur fétide entièrement ana-

logue à la gangrène. Après un mois de durée pendant laquelle la tumeur de la région hypogastrique avait diminué successivement de volume et avait presque entièrement cessé de pouvoir être distinguée, l'écoulement cessa entièrement pendant quelque temps. Dans les derniers jours de janvier 1839, il se rétablit de nouveau : il devint bientôt après roussâtre, puis entièrement sanguinolent, et la malade succomba le 4 février, après avoir présenté tous les symptômes d'une inflammation chronique de l'estomac et des intestins.

Dans la pièce placée sous les yeux de l'Académie, on distingue parfaitement bien l'utérus, dont les parois, uniformément distendues et amincies, ont acquis une ampleur suffisante pour contenir la tête d'un fœtus à terme. Le développement de cet organe a eu lieu principalement aux dépens de son corps et de son fonds, de sorte que les trompes et les ovaires conservent sur les côtés de la tumeur la position qu'elles ont ordinairement dans la grossesse. La dureté, la consistance et l'aspect fibreux de l'utérus ont entièrement disparu, et ses parois sont transformées en une vaste poche analogue à une vessie légèrement hypertrophiée. La paroi externe de cette tumeur est d'une teinte brunâtre, très-légèrement ardoisée, et sa cavité, d'un rouge livide, présente, de distance en distance, de nombreuses plaques rouges, comme des ecchymoses recouvertes de fausses membranes minces et jaunâtres ; l'orifice interne de l'utérus est presque entièrement oblitéré ; à peine si on y distingue une légère dépression, au centre de laquelle il existe une petite ouverture servant d'orifice à un canal étroit, qui s'ouvre dans la partie supérieure et droite du vagin. Un stylet engagé dans ce canal et le traversant sans obstacle prouve que cette communication existait pendant la vie et avait servi à l'écoulement du

fluide contenu dans la tumeur. Les surfaces antérieure et postérieure du vagin étaient réunies au moyen de fibres celluleuses très-résistantes et couvraient entièrement l'orifice externe du col de l'utérus. Sur les côtés du vagin, il existait deux ouvertures : l'une, placée à droite, formait l'ouverture extérieure du conduit étroit qui a été mentionné, et l'autre, située du côté opposé, communiquait à un canal étroit, n'ayant que deux à trois lignes environ de profondeur. Le vagin et la vessie, réunis à la tumeur, ne présentaient rien de particulier. Les trompes et les ovaires étaient également dans leur état normal.

SÉANCE DU 19. — *Compression et raréfaction de l'air sur toutes les parties du corps, par les appareils de M. Junod.* — M. Junod, qui le premier s'est livré à des recherches sur les effets thérapeutiques de la compression et de la raréfaction de l'air sur toutes les surfaces du corps, annonce à l'Académie que ses recherches sur l'action du vide l'ont amené à de nouveaux résultats qu'il croit importants pour la science. Il prépare en ce moment un mémoire qui démontrera ces faits ; mais pour se conserver la propriété de ce travail, il en présente le résumé :

1° L'injection générale d'un cadavre se fait très-facilement sous l'influence du vide, et peut se pratiquer par une veine superficielle quelconque.

2° Le vide favorise l'introduction des fluides étrangers dans toutes les vascularités capillaires.

3° Par l'injection, on fait reparaître les traces de certaines congestions sanguines, et les points qui en ont été le siége s'injectent ordinairement mieux que les tissus voisins.

Éléphantiasis de la mamelle. — M. Renould fait, au nom de M. Larrey et au sien, un rapport sur un cas d'éléphan-

tiasis à la mamelle, observé et opéré en Égypte par M. le docteur Étienne. La tumeur existait chez une jeune femme, et son volume était tel qu'elle s'étendait de la poitrine jusqu'au pubis. La malade était obligée de la soutenir à l'aide d'une écharpe pour pouvoir marcher. M. Étienne en pratiqua l'extirpation, et la femme guérit. Malheureusement, cependant, l'auteur ne donne pas assez de détails sur la pièce pathologique pour éclairer la véritable nature de la masse morbide.

Conclusions : 1° publier le fait dans le Bulletin ; 2° engager l'auteur à faire des recherches sur la nature des cas analogues qu'on pourrait rencontrer en Égypte, et s'informer si les sujets opérés par Clot-Bey de la même maladie au scrotum n'auraient pas éprouvé de récidive. Le rapport se termine par cette phrase : « L'auteur nous paraît mériter d'être porté sur la liste des candidats pour la nomination des membres correspondants, s'il croyait devoir en faire la demande. »

M. Castel : J'ai entendu dans le rapport que la tumeur était sans changement de couleur à la peau. Cette seule circonstance me fait présumer qu'elle n'était pas de nature éléphantiaque.

M. Chervin : J'ai vu en Amérique assez souvent des tumeurs éléphantiaques sans changement de couleur à la peau.

Après ces courtes remarques, le rapport est mis aux voix et ad

Luxations congénitales du fémur. — M. Renould fait un autre rapport sur une note envoyée par M. Humbert, relative aux guérisons qu'il a obtenues le premier de luxations congénitales du fémur. M. le rapporteur s'est exprimé à peu près en ces termes : « Il n'y a pas long-temps que vous avez entendu M. Pravaz vous dire, à l'occasion de deux cas de

guérison de cette infirmité qu'il vous a présentés, que les cures obenues par M. Humbert n'étaient pas de véritables réductions, mais bien plutôt des modifications heureuses du déplacement, c'est-à-dire que la tête fémorale avait été entraînée de la face externe de l'os iliaque dans l'échancrure sacro-ischiatique, tandis que celles de M. Pravaz étaient de véritables réductions. Comme nous n'avons pas les sujets sous les yeux pour nous assurer qui des deux praticiens a raison, la commission a cru ne pas devoir se prononcer sur la valeur de leurs assertions. En conséquence nous proposons le dépôt pur et simple de la note de M. Humbert aux archives.

M. Nacquart : La question est trop grave pour être rejetée ainsi du champ de la discussion. Je crois qu'il serait plus convenable d'envoyer la pièce de M. Humbert à la commission dont M. Gerdy est rapporteur et qui doit juger les cas de M. Pravaz.

M. Breschet : La question dont il s'agit est fort importante ; il est à désirer qu'elle soit convenablement discutée. J'ai vu quelques sujets traités par M. Humbert, ils boitent ; ce qui me fait penser que la tête du fémur n'est pas fixée dans l'échancrure sacro-ischiatique, car dans ce cas il y aurait allongement du nombre ; or, il y a raccourcissement au contraire.

M. Velpeau : Attendu l'importance du sujet, je crois qu'il serait convenable d'envoyer les pièces à la commission qui doit faire un rapport, afin de les juger ensemble.

M. Dubois (d'Amiens) : Il s'agit ici d'une question scientifique ; elle est du domaine de l'Académie. Vous êtes appelés à juger la valeur de faits importants ; vous ne devez pas par conséquent hésiter à les faire passer d'une commission à une autre qui a déjà été chargée de juger quelques-uns de ces faits. L'intérêt personnel des auteurs ne nous regarde

pas, mais la valeur scientifique de la chose est de la juridiction de l'Académie. Je pense, par conséquent, qu'il est du devoir de l'assemblée d'envoyer toutes les pièces à la seconde commission, malgré le rapport négatif qu'on vient de vous faire.

MM. Gerdy et Moreau parlent dans le même sens.

Le renvoi de la note de M. Humbert à la seconde commission est adopté.

Emploi de la sabine contre la syphilis. — M. Cullerier fait un rapport sur un travail manuscrit de M. Sauvan, chirurgien à Varsovie, sur la blennorrhagie virulente.

L'auteur se demande s'il y a une blennorrhagie dépendant d'un virus spécial capable de produire des accidents consécutifs ; il répond affirmativement. Les caractères qu'il lui assigne sont :

1° De se déclarer après un coït impur.

2° D'avoir une incubation de quelques jours.

3° D'offrir une marche aiguë de sept à vingt et un jours de durée.

4° De donner lieu à des accidents secondaires.

Les accidents secondaires que M. Sauvan attribue à la maladie sont l'ophthalmie, l'angine, l'éruption furfuracée, et des douleurs articulaires. Le remède qui lui a le mieux réussi est la sabine en décoction ou en infusion.

Six observations viennent en témoignage de l'efficacité de ce médicament.

L'auteur se demande également si le virus du chancre est de nature différente de celui de la maladie précédente ; il répond négativement.

M. le rapporteur n'a pas cru devoir discuter la valeur de ces opinions. Il dit cependant que la sabine n'a pas produit, entre ses mains, les effets merveilleux que signale le médecin de Varsovie.

Ce rapport donne lieu à une discussion : M. Bouillaud reproche à M. Cullerier de n'avoir pas fait connaître son opinion pour ou contre l'identité entre le virus de la blennorrhagie vénérienne et celui du chancre. M. Bouillaud établit que la plupart des blennorrhagies sont virulentes et peuvent donner lieu à des symptômes secondaires. M. Lagneau distingue les blennorrhagies en blennorrhagies simples et blennorrhagies ulcéreuses. Les unes et les autres peuvent d'après lui produire des symptômes consécutifs.

Séance du 26. — *Chimie organique et médecine légale.* — M. Caventou fait un rapport sur le travail lu dernièrement par M. Devergie, à l'Académie, concernant la présence du cuivre dans les tissus intestinaux à l'état normal. La commission ne partage point les idées émises par Devergie, et propose le dépôt de la note de M. Devergie aux archives.

M. Bouillaud : Je n'examinerai pas la question chimique, car elle n'est pas de ma compétence. Il y a cependant une phrase dans le rapport sur laquelle je dois dire un mot. M. le rapporteur a dit que les matières sécrétées par la membrane muqueuse de l'estomac contenaient de l'hydrochlorate d'ammoniaque. Je puis affirmer, d'après mes propres observations, que chez la plupart des cadavres, il existe, dans le grand cul-de-sac de l'estomac, une certaine quantité de liquide dont la nature est incontestablement acide, car il change en rouge le papier de tournesol ; cet acide est l'hydrochlorite, à ce que je présume, d'après l'odeur qu'il présente. Si l'on examine le liquide de tout autre point de l'estomac, on ne trouve rien de semblable, de sorte qu'on est obligé de regarder cette matière acide comme le produit d'une sécrétion particulière du grand cul-de-sac de ce viscère. Quelque temps après la mort, la membrane muqueuse de ce point de l'estomac est fort ramollie par l'action de l'acide en question. C'est là une remarque de la plus haute im-

portance pour l'anatomie pathologique et pour la médecine légale.

M. Dubois (d'Amiens) : L'hydrochlorate d'ammoniaque ne se rencontre pas seulement dans les sécrétions normales, ainsi que vient de le dire M. Caventou ; il se trouve aussi dans plusieurs sécrétions anormales ; je l'ai, par exemple, trouvé dans le pus. Ce que vient de dire M. Bouillaud mérite d'être pris en considération, car il serait possible que l'acide hydrochlorique que M. Caventou a rencontré dans les intestins y soit entraîné par la matière sécrétée par le grand cul-de-sac de l'estomac. Quant au procédé que M. Bouillaud a employé pour constater la présence de l'acide en question, je ne pense pas qu'il soit toujours suffisant.

M. H. Cloquet déclare que dans les expériences auxquelles il se livra avec Béclard pour constater la nature des sucs gastriques, il a constaté la présence de l'acide acétique.

M. Chevallier pense qu'il serait convenable de se livrer à des expériences avant de rien conclure sur l'observation de M. Bouillaud.

M. Castel : Il existe des sucs acides dans l'estomac, non-seulement chez les cadavres, mais encore chez le vivant. Nos ménagères se servent de l'estomac d'agneau pour faire cailler le lait, et il n'est pas rare de voir le même phénomène chez des enfants.

M. Rochoux parle dans le même sens que M. Bouillaud, et propose que le rapport soit modifié en conséquence.

M. Girardin rappelle que M. Andral a fait un rapport sur un excellent travail de M. Carswell, travail qui pourrait singulièrement éclaircir la question qu'on discute en ce moment : il propose qu'un extrait soit inséré au Bulletin.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Médication vomitive. — Tétanos survenu à la suite de l'application d'un cautère.

M. Tanquerel des Planches fait un rapport sur un mémoire de M. le docteur Andry, lequel est intitulé : *De la médication vomitive.*

Ce rapport donne lieu à une discussion :

M. Mérat, pour prouver l'innocuité de l'émétique dans des cas où l'on a cru devoir en proscrire l'usage, raconte le fait d'une gastralgie accompagnée de crampes très-violentes et même habituelles, chez une personne qui en *fut* guérie tout-à-coup, après une indigestion qui avait amené des vomissements très-répétés.

M. Collineau signale les avantages de l'émétique dans les affections catarrhales de la poitrine, et cite parmi les auteurs qui ont le plus vanté ce médicament, sous ce rapport, M. le docteur Perrotin, dont l'ouvrage contient un grand nombre de faits remarquables.

M. Delens : Ni l'auteur, ni M. le rapporteur ne paraissent avoir tenu compte de la constitution médicale actuelle dans l'appréciation des propriétés de l'émétique contre les affections catarrhales, et, pourtant, c'est à cette circonstance qu'il faut surtout rapporter les avantages de l'émétique dans le cas dont il s'agit, comme c'est à elle qu'il a toujours fallu rapporter le triomphe des doctrines régnantes. Pour moi, le génie inflammatoire était plus commun sous le règne de la doctrine physiologique et devait souvent justifier la thérapeutique de son auteur. Le génie bilieux fut également signalé à une époque de succès pour les évacuants. Aujourd'hui, le génie nerveux semble dominer la constitution et explique les heureux effets que j'ai obtenus

du sulfate de quinine, même dans beaucoup de maladies aiguës qui offrent un élément périodique plus ou moins prononcé. Je crois donc que le bon effet que l'on obtient de telle médication dans telle maladie donnée, tient moins à la voie théorique dans laquelle marchait l'auteur qu'au génie épidémique qu'on avait à combattre.

M. Collineau abonde dans le sens des opinions émises par M. Delens, et ajoute qu'il y a aujourd'hui, dans Paris, un certain nombre de fièvres intermittentes et autres affections périodiques qui ne s'y montraient autrefois que bien plus rarement.

Conformément aux conclusions du rapport de M. Tanquerel, le mémoire de M. Andry sera imprimé dans le recueil des travaux de la Société, ainsi que le rapport de M. Tanquerel.

L'ordre du jour appelle *M. Bérard* à faire un rapport sur une observation de M. le docteur Frère, médecin à Saint-Maur-les-Fossés. Cette observation est relative à un cas de tétanos survenu à la suite de l'application d'un cautère au bras. Les détails de ce fait suggèrent à M. Bérard plusieurs réflexions dont voici la substance :

1° La cause probable du tétanos dans le cas dont il s'agit est une lésion traumatique, mais d'une espèce rare, un cautère au bras ; tandis qu'ordinairement la lésion qui provoque cette affection atteint des parties pourvues de nerfs nombreux ou consiste dans de larges déchirures des articulations, avec coïncidence du refroidissement de l'atmosphère.

2° La maladie a débuté par le bras malade, quoique dans le tétanos traumatique l'invasion ne se fasse pas remarquer habituellement dans les muscles de la partie blessée.

3° On a trouvé un nerf malade : il ne faudrait pas cependant conclure de ce fait isolé qu'on doit regarder comme fon-

dée l'opinion de ceux qui considèrent le tétanos comme la conséquence de l'inflammation d'un nerf.

Ce rapport et les réflexions dont M. Bérard l'a fait suivre donnent lieu à une discussion :

M. Delens a remarqué que l'auteur de l'observation ou M. le rapporteur semble admettre que le cautère n'a pas été appliqué avec toutes les précautions nécessaires, attendu que l'action de la potasse n'a pas été suffisamment ménagée. Mais cette action, continue M. Delens, n'est pas, comme on pourrait le croire, à l'entière disposition de celui qui applique la potasse caustique ; rien n'est si variable que l'effet de celle-ci, effet qui dépend, en général, bien plus de la disposition des individus que de la dose de la potasse. C'est ainsi que j'ai vu, quelquefois, la peau à peine ulcérée sous l'application même considérable de la potasse, et d'autres fois une escarre étendue et profonde produite par une quantité très-minime de cette substance. Comme l'accusation portée ici pourrait nuire à la personne qui a pratiqué le cautère, je voudrais que l'on modifiât cette partie du rapport. Il est dit encore que l'opium fut administré à haute dose, je trouve cette locution trop vague ; la dose réelle devrait être précisée ; on sait, en effet, combien dans le tétanos l'organisme devient tolérant pour l'opium.

M. Bérard répond à la première observation de M. Delens que le malade ayant lui-même appliqué le caustique, personne ne peut être répréhensible des accidents qui en ont été la conséquence : quant aux doses précises de l'opium administré, elles sont indiquées dans le travail de M. le docteur Fréon.

M. Devilliers revient sur la remarque de M. Delens relativement aux conditions qui font varier les effets de la potasse caustique. Comme M. Delens, M. Devilliers est tout-à-fait convaincu que la constitution des sujets a beaucoup d'in-

fluence à cet égard, mais ce n'est pas là l'unique condition dont il faille tenir compte. Le mode de préparation du caustique et celui de son application ont aussi une grande part à son action. Les pharmaciens sont loin de fournir de la potasse toujours identique, et l'on ne peut nier que des précautions doivent être prises pour l'empêcher d'étendre ses effets au-delà des limites qu'on se propose d'atteindre.

M. Nonat : Il est certain qu'il y a des potasses plus ou moins carbonatées, et c'est l'altération commune qui résulte du contact de l'air. La meilleure préparation est le caustique de Vienne : un peu d'alcool suffit pour lui donner la consistance d'une pâte ; l'escarrification est produite en 3, 6 ou 8 minutes, au plus, et ses dimensions sont toujours déterminées par celles de la masse employée.

M. Delens : Le caustique de Vienne n'est que de la potasse mêlée à la chaux. S'il est démontré que la première de ces substances peut être altérée dans les officines de pharmacie, le caustique de Vienne devient passible des mêmes variations dans ses effets que la potasse simple.

M. Nonat réplique que le caustique de Vienne a surtout pour avantage de ne pas étendre son action plus loin qu'on ne veut, et que d'ailleurs si le mélange de potasse et de chaux est bien fait, on peut le conserver intact pendant un temps très-long. Un flacon étroit et bouché à l'émeri est le meilleur moyen de conservation.

M. Duparcque partage l'opinion de M. Nonat sur les avantages du caustique de Vienne, lorsqu'on se sert de l'alcool pour former la pâte avec le mélange de potasse et de chaux. En effet, l'alcool dissout entièrement la potasse qui se trouve ainsi toujours épurée.

M. Devilliers admet que l'étendue superficielle de l'escarre peut être déterminée quand on se sert du caustique de Vienne ; mais, pour l'étendue en profondeur, elle n'est

pas plus facile à calculer que quand on emploie la potasse simple. Or, il est toujours possible de borner l'étendue superficielle de l'escarre produite par cette dernière, quand on a le soin d'appliquer convenablement, au préalable, des pièces de sparadrap percées à leur centre et superposées en nombre suffisant pour recevoir et contenir la potasse avec exactitude.

M. Duparcque : Malgré ces précautions, la potasse fuse le plus souvent et propage au loin l'escarrification des téguments. Cela s'explique par la perspiration cutanée qui détache le diachylum et permet au caustique de glisser et de s'épandre au-dessous. D'ailleurs, avec le caustique de Vienne on peut ménager son action profonde comme son action superficielle.

M. Nonat fait remarquer qu'en effet, cinq à six minutes suffisant pour obtenir le résultat de ce caustique, on peut toujours le surveiller et réprimer à volonté la cautérisation.

M. Bérard a maintes fois employé le caustique de Vienne et ne peut partager l'opinion que son action est toujours limitée, qu'à la condition expresse qu'on ne cessera de la surveiller. Si l'on n'est pas là pour absterger l'alcool chargé de caustique qui se répand nécessairement aux environs, l'escarrification pourra être aussi étendue qu'irrégulière. Cela arrive même avec la précaution de circonscrire la pâte caustique au centre d'une couche épaisse de diachylum. L'alcool s'infiltre encore entre le sparadrap et la peau.

M. Nonat a fait également un fréquent usage du caustique de Vienne. Quand la pâte a une consistance convenable, elle ne permet pas le départ de l'alcool. M. Nonat ne l'a jamais observé dans les applications qu'il a faites.

M. Duparcque se sert du caustique de Vienne pour le traitement de l'ongle rentré dans les chairs. De même que

M. Nonat, il n'a point vu l'alcool propager la cautérisation au-delà du lieu où la pâte a été appliquée.

M. Prus : M. Bérard a signalé avec raison le froid comme la cause occasionnelle la plus fréquente du tétanos. Il faudrait bien se garder de croire, toutefois, que cette redoutable complication ne peut pas se montrer aussi dans un temps chaud.

Après la bataille de Bautzen, qui eut lieu par une température assez élevée, quatorze amputés furent pris de tétanos, dans l'espace de trois jours. L'hôpital où ils se trouvaient était une grange assez bien garnie de paille fraîche à leur entrée. Les pansements se faisaient avec de la filasse, faute de linge.

M. Bérard : Il a été consigné dans les mémoires de M. Larrey que les blessés avaient passé la nuit sur le champ de bataille de Bautzen.

M. Prus : Les blessés russes dont je parle ont été amputés par nous dans la grange. Ils avaient, il est vrai, passé la nuit sur le champ de bataille.

M. Devilliers appuie l'opinion de M. Bérard par un fait qui lui est propre. Une des dames du couvent de Saint-Michel était occupée à surveiller la confection du pain, quand elle apprit qu'une des sœurs venait de se blesser dans la cave. Aussitôt, elle se hâte de lui porter secours. Sortie du fournil toute en sueur, elle est vivement saisie par le frais de la cave et prise immédiatement du tétanos. Elle succomba au bout de quatre jours.

M. Duparcque possède également une observation qui montre l'influence du froid sur la production du tétanos. En 1833, au mois d'août, deux maçons, après une course assez longue, descendirent dans un puits. On les en retira bientôt tous deux en proie à un violent tétanos. Cependant ils ne moururent pas.

La discussion étant close, M. le président met aux voix les conclusions du rapport qui demandent l'impression de l'observation de M. le docteur Frère. Ces conclusions sont adoptées.

VARIÉTÉS.

Concours pour l'aggrégation dans les sciences accessoires à la Faculté de médecine de Paris. — Prix proposés et décernés par la Société royale de médecine de Bordeaux, et par la Société médicale d'Indre-et-Loire.—Opiat dentifrice du docteur Quesneville.

Du concours pour l'aggrégation dans les sciences accessoires à la Faculté de médecine de Paris.

Ouvert le premier février 1839, ce concours ne sera terminé qu'à la fin de mars; dix-huit concurrents étaient inscrits, mais la plupart ne sont pas entrés dans la lice; d'autres l'ont abandonnée au bout de quelques séances; et à l'épreuve de la thèse il n'en restait plus que cinq : MM. Capitaine, Maissiat, Perin, Martins et Mialhe. Les trois premiers se disputent les deux places de physique; les deux derniers se présentent, l'un pour la pharmacologie, l'autre pour l'histoire naturelle médicale. Autrefois c'étaient des pharmaciens qui, à la suite de leurs études spéciales, subissaient leurs examens de docteur en médecine, pour se présenter à ces concours. Les médecins semblaient redouter la supériorité de ces hommes habiles, et pour la plupart à la tête des savants de leur profession, qui entraient dans la lice après avoir essayé leurs forces dans les concours de l'école de pharmacie.

Cette fois il n'en a pas été ainsi : sur les cinq concurrents qui ont subi l'épreuve de la thèse, quatre sont médecins : l'un d'eux est un ancien interne des hôpitaux ; et la place de pharmacologie sera seule occupée par un pharmacien. Deux causes ont amené ce résultat. Le nombre toujours croissant des concurrents pour les places d'agrégés en médecine et en chirurgie a fait sentir aux jeunes médecins qu'il était de l'honneur du corps de disputer toutes les chaires de l'École de médecine, d'autant plus que celles de l'École de pharmacie sont inaccessibles pour eux. En pensant ainsi, ils entraient complètement dans les vues de la Faculté, qui, à l'ouverture des concours, a déclaré que la première condition pour entrer à l'École était d'être médecin ; aussi la question à traiter par écrit était-elle ainsi conçue : *Des poumons, de la respiration, de la pneumonie.* Sous le point de vue médical, la force relative des concurrents se dessina dès le début. Toutes les questions qui furent données dans la suite du concours étaient dictées par le même esprit, toutes étaient féconds en applications physiologiques. Ainsi les sujets donnés pour être traités après vingt-quatre heures de préparation furent : *De l'atmosphère et de son influence sur les êtres organisés. — L'électricité et son action sur les végétaux et les animaux. — La capillarité et l'endosmose considérées sous le même point de vue.*

Restait l'épreuve spéciale qui consiste en une leçon orale après quarante minutes de préparation. Les concurrents avaient déclaré pour quelle chaire ils se présentaient. Ici encore les questions les plus larges furent posées par le jury. C'était pour l'histoire naturelle : *les bases de la classification naturelle des végétaux*; pour la physique: *les lois de la chaleur rayonnante* et la *théorie physique de la vision*; pour la pharmacologie: *l'opium et ses composés.*

Le choix des sujets de thèses offre une grande difficulté dans ces concours d'une nature complexe, parce que les con-

currents pour différentes chaires ont à s'argumenter entre eux; de là, la nécessité de sujets mixtes, tels que ceux qui ont été donnés : 1° *Du microscope et de son application à l'étude des êtres organisés.* 2° *De la fermentation.* 3° *De la décomposition des corps organisés.* 4° *De l'influence et de la production des courants électriques dans l'économie.* 5° *Des lois du mouvement des fluides dans les canaux, et de leur application à la circulation.* Ces sujets mixtes ont l'avantage de faire juger l'instruction générale des compétiteurs; car il arrive nécessairement très-souvent que le naturaliste est argumenté par le physicien sur la partie physique de sa question, le chimiste amène la discussion sur son terrain; de là, avantage immense pour l'argumentateur, désavantage pour l'argumenté, dont le mérite doit s'accroître d'autant dans l'opinion des juges. En général on a dû être satisfait de l'instruction des concurrents, dont plusieurs ont montré dans leurs leçons, et dans l'argumentation, des connaissances plus variées et plus solides qu'on n'est en droit de les attendre de la part des hommes qui ont voué une partie de leur jeunesse à l'étude des sciences médicales proprement dites.

Programme des prix de la Société royale de médecine de Bordeaux. (Séance publique annuelle du 10 novembre 1838.)

La Société avait proposé, en 1836, un prix de la valeur de 300 fr. sur la question suivante. « Déterminer en vertu » de quelles lois s'opère, dans l'organisme vivant, la pro- » duction des gaz. Examiner la composition diverse de ces » gaz, et les rapports qui peuvent exister entre leur nature » et les circonstances, sous l'influence desquelles ils se for- » ment. Exposer en particulier l'étiologie de la tympanite,

» et en déduire, s'il y a lieu, les conséquences relatives à » la thérapeutique de cette maladie. »

Quatre mémoires ont été envoyés au concours.

L'auteur du n° 1 pense, avec M. Baumès, que la production des gaz est due à une perspiration irritative, avec ou sans inflammation. Les faits dont il appuie cette théorie ne sont ni assez nombreux, ni assez positifs, pour en démontrer la valeur. Ce travail écrit avec esprit a des bornes trop étroites.

Il serait difficile de formuler la croyance physiologique de l'auteur du n° 2, sur la production des gaz. Car, si, d'une part, il dit que les gaz contenus dans les voies digestives sont éliminés du sang; d'autre part, il reconnaît que les gaz sont déglutés avec le bol alimentaire; qu'ils se dégagent immédiatement de certains aliments; qu'ils sont la conséquence d'une exhalation irritative. Ce mémoire est un véritable *compendium* plus ou moins exact de tout ce qui a été dit, jusqu'à ce jour, sur la question proposée.

L'auteur du n° 3, s'affranchissant des opinions émises sur la production des gaz, déduit des faits qu'il présente d'abord, et qu'il soumet à un examen sévère, l'idée mère, celle qui doit vivifier son travail. La source des gaz, selon lui, est l'absorption, par toutes les surfaces extérieures du corps, des fluides aériformes, qui s'exhalent ensuite par tous les points de l'organisme. Cependant, il ne croit pas cette ingénieuse théorie tellement propre à se plier à tous les faits, qu'il n'admette une exhalation irritative. Malgré quelques imperfections, ce mémoire aussi remarquable par la richesse des faits que par les déductions presque toujours rigoureusement logiques que l'auteur a su en tirer, est l'œuvre d'un homme véritablement instruit, d'un praticien recommandable et d'un observateur exact dans les détails.

Le n° 4 était probablement destiné à un tout autre usage; il a pour titre : *traité des pneumatoses*. Ce titre est complétement justifié. Toutes les pneumatoses sont étudiées les unes après les autres, en sorte que tout se trouve dans le mémoire, excepté, il faut le dire, la réponse à la question proposée. L'auteur donne des preuves de savoir, et d'une grande érudition, surtout en thérapeutique.

La Société ne juge aucun des mémoires qu'elle a reçus digne de la médaille. « Mais, reconnaissant une supériorité incontestable au n° 3, elle accorde une mention honorable et le titre de membre correspondant à l'auteur, M. Henry Lagarde, docteur médecin à Confolens, département de la Charente.

La Société avait proposé, pour sujet d'un prix de 300 fr. fondé par M. Loze, pharmacien, la question suivante : « Quelle est la meilleure méthode de reconnaître, dans l'air » atmosphérique, les principes étrangers à sa composition » intime, ceux principalement qui proviennent des corps » organisés? Faire l'application de cette méthode, en par- » ticulier, à l'analyse de l'air des marais, des prisons, des » hôpitaux et des salles de spectacle. » Aucun mémoire n'ayant été reçu, le terme du concours est prorogé à l'année 1839.

Un prix de la valeur de 300 fr. sera décerné en 1839 à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « Tracer l'histoire de l'affection granuleuse des reins, dé- » crite dans les derniers temps, sous le nom de maladie de » Bright; déterminer d'après des faits de clinique et d'ana- » tomie pathologique les caractères essentiels et le traite- » ment de cette maladie. »

Un prix de même valeur sera décerné, en 1839, pour la solution de cette question. « Déterminer quels sont les » progrès positifs que l'auscultation, soit médiate, soit im-

» médiate, a fait faire au diagnostic et au traitement des » maladies ; et en particulier, des affections des poumons, » du cœur et des gros vaisseaux. »

Chaque année, dans sa séance publique, la Société décerne des médailles d'or et d'argent et des mentions honorables, aux médecins qui lui font parvenir des travaux sur un ou plusieurs points importants de l'art de guérir. Elle a reçu, cette année, des mémoires du plus grand intérêt; elle a distingué particulièrement ceux de MM. Moyne, membre correspondant à Libourne; Puiégnat, membre correspondant à Lunéville; Mazade, membre correspondant à Auderze; Dermond, chef interne à l'hôpital St-André de Bordeaux; et elle a accordé à chacun de ces médecins une mention honorable.

Des récompenses sont encore accordées aux médecins vaccinateurs du département de la Gironde. Une médaille d'argent a été décernée à M. Bardon, médecin, à Quinsac (Gironde) (1).

Prix proposé par la Société médicale du département d'Indre-et-Loire.

La Société médicale du département d'Indre-et-Loire, séante à Tours, décernera dans sa séance publique du mois de mai 1840, une médaille d'or de la valeur de 200 francs, au meilleur mémoire sur la question suivante :

« Déterminer, par des observations cliniques et des re- » cherches nécroscopiques, ce que l'on a désigné jusqu'ici » sous le nom de *gastrite*. »

(1) Adresser les mémoires (*franco*) à M. Burguet, secrétaire-général, rue Fondaudège, n° 41, avant le 15 juin.

En mettant au concours la question qui précède, la Société médicale a eu en vue de demander aux compétiteurs une discussion consciencieuse sur un point de théorie pathologique qui a donné lieu, depuis une vingtaine d'années, à une foule d'interprétations diverses.

Au milieu de cette divergence d'opinions, la Société désire être fixée sur l'idée précise qu'on doit se faire d'un état pathologique, susceptible, à ce qu'il paraît, de revêtir des caractères multiples.

Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms et leurs adresses.

Les membres titulaires de la Société sont exclus du concours.

Les mémoires devront parvenir, franc de port, à M. le docteur Hulin-Origet, secrétaire-général de la Société médicale, au plus tard le 31 décembre 1839, terme de rigueur.

OPIAT DENTIFRICE DU DOCTEUR QUESNEVILLE.

A M. le Directeur de la Revue médicale.

Monsieur,

J'ai eu depuis long-temps l'idée de préparer un opiat dentifrice dont la base fût le carbonate de chaux et le tannin pur. Cet opiat réunit, selon moi, à l'avantage de présenter un corps astringent très-pur, celui d'exclure des poudres végétales qui, à la propriété tonique et astringente qui les fait rechercher, joignent quelquefois d'autres propriétés nuisibles.

Depuis, M. Pelletier me paraît avoir eu une heureuse idée

en proposant comme base d'un bon dentifrice une substance savonneuse. J'ai donc cru devoir adopter le progrès, et j'ai en conséquence modifié ma première formule.

M. Pelletier a fait choix du baume de cacao; je pense qu'avec le savon médicinal on doit arriver au même but, et qu'on évitera même quelques inconvénients; je vous serai obligé, Monsieur, de vouloir bien admettre cette lettre dans votre prochain numéro, et de publier cette formule, la croyant utile et ne voulant point en faire une spéculation particulière.

Carbonate de chaux précipité,	2 parties.
Savon médicinal,	1 partie.
Conserve de roses,	2 parties.
Tannin sirupeux tel qu'il coule de la noix de galle lorsqu'on le prépare au moyen de l'éther,	Quant. suffis.

pour donner à la masse un goût astringent qui ne soit pas désagréable.

Agréez, etc.

D. QUESNEVILLE.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Œuvres complètes de John Hunter, traduites de l'anglais par G. RICHELOT, D.-M.-P., etc., avec atlas. (Deuxième, troisième et quatrième livraisons.)

Nous avons, dans une *analyse* insérée dans le cahier de décembre 1838 de la *Revue médicale*, cherché à donner une idée générale de l'œuvre importante entreprise par M. le docteur Richelot, en ren-

dont compte de la première livraison, consacrée à la biographie de John Hunter. Il nous reste à indiquer successivement la matière qui compose les livraisons suivantes, en faisant connaître à nos lecteurs, par quelques remarques, l'impression générale qu'a produite sur nous tant l'œuvre de l'auteur que celle du traducteur.

Les trois nouvelles livraisons dont nous avons à parler comprennent les leçons de J. Hunter *sur les principes de la chirurgie*. Ici le mot *principes* n'est pas du tout synonyme d'*éléments*, mais indique bien plutôt un exposé des faits généraux, des *faits-principes*, si l'on peut dire ainsi, ou en mots, des bases essentielles de la théorie et de la pratique chirurgicales. Les considérations les plus générales et les plus élevées occupent les premières leçons; on doit rendre grâces au traducteur qui s'est efforcé, sans altérer la pureté du texte, de rendre claires et facilement intelligibles des notions abstraites, probablement assez obscures dans l'original.

Hunter, dès le début, s'est efforcé de démontrer l'existence de ce *principe vital* si différemment interprété par les *vitalistes* et par les *anatomistes*, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

Suivant lui, ce principe vital n'est point dépendant de conditions matérielles appréciables à nos sens, puisque la matière privée de vie peut n'offrir aucune différence d'organisation apparente avec la matière animée. Sans doute, il est difficile de concevoir le principe simple de la vie; toutefois, une comparaison empruntée à la matière inorganique sert à faire voir que de nouvelles forces ou propriétés peuvent être ajoutées à celle-ci sans que la substance matérielle change d'organisation apparente. C'est dans le *magnétisme* que l'auteur puise l'exemple qu'il croit le plus propre à élucider ce sujet obscur. La vertu magnétique (dit-il) ne paraît pas dépendre du mode de formation d'aucune des parties du barreau de fer aimanté. Celui-ci a toujours le même aspect, qu'il soit ou non revêtu de cette propriété. Il suffit de placer le barreau de fer non aimanté dans une situation verticale, pour qu'à ses deux bouts se manifestent l'attraction et la répulsion magnétiques.

M. Richelot, comme la plupart des hommes de la nouvelle école, voudrait à toute force *matérialiser* la force vitale; il s'efforce de prouver que John Hunter n'est pas si *ontologiste* qu'il en a l'air, et

dans deux notes spéciales, il gourmande de la sorte les animistes et les vitalistes purs :

« ..... De quelque manière (dit-il) qu'on se représente ce qu'on appelle le *principe vital*, il est impossible de le concevoir si on l'isole de la matière qu'il est censé animer, et l'on ne saurait trop condamner l'opinion qui considère le principe vital comme susceptible d'altération, indépendamment des conditions matérielles sans lesquelles il ne saurait avoir d'existence, doctrine dangereuse, puisqu'elle conduit naturellement à une thérapeutique illusoire, celle qui consiste à rechercher les modifications du principe vital. »

Et un peu plus loin : « Le mot nature (dans l'acception où il est pris ici) est un de ceux qui doivent être rayés du langage médical. Son emploi entraîne des inconvénients plus ou moins graves, soit pour la forme, soit pour le fond. » M. Richelot trouve plus claire et plus sûre la périphrase suivante : *mouvements organiques spontanés*, qu'il emprunte à un autre écrivain. J'aurais bien des choses à répondre à M. Richelot..... mais je me borne à le renvoyer à la *clinique médicale* de M. Cayol, ou même au discours d'introduction placé en tête du cahier de janvier 1834 de la *Revue médicale*.

Où donc M. Richelot a-t-il vu des thérapeutistes chercher des modifications du principe vital considéré isolément et *indépendamment des conditions matérielles* de l'organisme? Comment lui serait-il jamais possible de matérialiser, et (si je puis ainsi parler) d'anatomiser des *mouvements* organiques spontanés? Mais, je le répète, je renvoie M. Richelot à la clinique médicale de M. Cayol.

Après avoir long-temps insisté sur les prolégomènes qui comprennent une série de considérations physiologiques et pathologiques également applicables à la chirurgie et à la médecine, John Hunter s'occupe successivement (et sans qu'on puisse trop connaître la méthode qui le guide dans l'examen successif de ces divers sujets) de l'*inflammation* considérée en général et en particulier, de l'*hydrocèle*, des *plaies de tête*, des *maladies des os*, des *hémorrhagies*, de l'*anévrisme*, des *tumeurs*, etc.

Partout il fait preuve de connaissances approfondies en anatomie, physiologie, histoire naturelle, etc. Mais surtout on reconnaît en

lui, quel que soit le sujet qu'il traite, le patient et sagace observateur, et l'habile praticien.

Les lecteurs qui aiment à réfléchir trouveront dans les écrits de J. Hunter de quoi exercer leur jugement et même leur imagination. Les chirurgiens désireux de rapporter à leur véritable source une foule d'idées et de procédés ingénieux aujourd'hui répandus dans la pratique, les consulteront aussi avec fruit, et, grâce à M. Richelot, saisiront sans trop de peine les aperçus ingénieux de l'auteur.

En somme, nous pensons que la couleur originale et toute particulière qui distingue cette production d'outre-mer est de nature à inspirer un vif intérêt à tous ceux de nos compatriotes qui n'ont point encore sacrifié le culte de la science à l'exigence des travaux fructueux du métier.

G.

Recherches et observations sur les eaux minérales d'Uriage, près Grenoble, et sur l'influence physiologique et thérapeutique de diverses espèces de bains ; par J. V. Gerdy, D.-M.-P., ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de l'École pratique, etc. — Broch. in-8°, 138 p.

Il serait à désirer que toutes les eaux minérales fussent étudiées par des hommes aussi éclairés et d'une aussi grande bonne foi que M. Gerdy. Ce n'est point ici une de ces apologies vantardes, telles que se croient obligés de faire la plupart des médecins des eaux, dans l'intérêt de l'établissement dont ils ont la direction. M. Gerdy ne dit point à tout venant, quelle que soit la nature de ses souffrances : *Prenez mon eau*. Mais il fait une histoire simple et intéressante des eaux d'Uriage, dont il a été à même d'observer les effets sur les lieux, et pendant plusieurs années. Sa brochure est divisée en trois parties : dans la première, il décrit la localité même d'Uriage, donne quelques recherches historiques curieuses sur l'ancienneté de ses eaux, sur leurs vicissitudes, l'espèce d'abandon dans lequel elles étaient tombées, leur réhabilitation, les améliorations et les embellissements successifs de l'établissement moderne, l'examen chimique des deux sources, dont l'une est ferrugineuse, et dont

l'autre, plus efficace et plus importante, réunit les propriétés salines et sulfureuses.

Dans la seconde partie, il étudie surtout l'influence physiologique et thérapeutique de la source sulfureuse saline prise en boisson et en bains. La température, dans l'usage de ces derniers, lui paraît très-importante à considérer et avoir une grande influence sur les degrés de son action. Aussi préfère-t-il toujours le bain isolé dans une baignoire dont on peut adapter la chaleur à l'individu et au cas en traitement, aux bains dans la piscine commune où tout le monde est soumis à un traitement identique. Il examine tour à tour l'action de l'eau sulfuro-saline dans les maladies spéciales de la peau, les ulcères, les scrofules, les rhumatismes et la goutte, les maladies du cœur, certaines névroses, les affections chroniques de la matrice; et partout, ce qu'il en dit n'est que le résultat de faits bien observés et vus sans prévention, comme on peut en juger par ceux qui sont rapportés dans la brochure. Il signale, à propos des eaux d'Uriage, un fait général d'observation applicable à l'usage de toutes les eaux minérales, on pourrait dire de tous les moyens thérapeutiques possibles : c'est le mauvais effet des traitements incomplets et mal dirigés, dont le résultat principal est de réduire l'étendue de la maladie en la rendant plus rebelle, et de la confiner en quelque sorte dans certains points d'élection, d'où il est très-difficile de la déloger.

Enfin, dans la troisième partie de son livre, M. Gerdy a reproduit un travail expérimental intéressant sur l'effet général des bains simples, salins, sulfureux, sulfuriques, qu'il avait déjà publié, et qu'il a enrichi d'expériences nouvelles sur les eaux d'Uriage en particulier. Il a été amené à cette conclusion, que la température des bains a une grande influence sur leur action, et que lorsque cette température est au-dessus de la chaleur naturelle du sang, ces bains ont tous une action sédative générale caractérisée par le ralentissement du pouls et de la respiration, et qu'en outre, les bains sulfureux, et ceux d'Uriage, entre autres, produisent en même temps une excitation spéciale de la peau. Nous terminerons en donnant l'analyse chimique de la source sulfureuse saline d'Uriage, due aux travaux de M. Berthier, de l'Institut, et complétée par MM. Breton, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble, et Gueymard :

	SELS ANHYDRES. grammes.	SELS CRISTALLISÉS. grammes.
Carbonate de chaux.	0,120	0,120.
— de magnésie.	0,012	0,012.
Sulfate de chaux	0,710	0,900.
— de magnésie	0,395	0,698.
— de soude	0,840	2,210.
Muriate de soude.	3,560	3,560.
Hydrogène sulfuré libre.	0,013	0,013.
Hydro-sulfate de chaux et de magnésie. .	0,110	0,110.
Acide carbonique, des traces.		
Azote, 6 centim. cubes par litre.		
	5,760	7,623.

CORBY.

Mélanges de médecine et de chirurgie pratiques; par M. A. LIÉGARD, D. M. à Caen, 1 vol. in-8°.

Le titre même de cet ouvrage indique qu'on ne doit pas y trouver d'unité ni d'ensemble : c'est une collection choisie de divers faits, suivis de réflexions, que M. Liégard a recueillis pour la plupart dans sa pratique particulière, et qu'il a jugés les plus dignes des honneurs de l'impression. Il paraît avoir eu pour but principal, en mettant au jour cette publication, d'éclairer plusieurs questions particulières encore mal définies dans les auteurs et dans l'enseignement classique ; de dissiper certains préjugés, et de faire connaître au public quelques moyens nouveaux de son invention pour des opérations chirurgicales.

Après une préface un peu singulière dans laquelle il se borne à prouver qu'il n'a publié son livre ni trop tôt, ni trop tard, le médecin de Caen commence par le traitement des affections rhumatismales et nerveuses pour lesquelles il proclame un remède héroïque. Un petit nombre d'observations bien circonstanciées prouvent l'efficacité du médicament : un rhumatisme articulaire, un torticolis, une goutte périodique, un lumbago de plusieurs années et un rhumatisme musculaire de l'épaule ont été évidemment guéris

en un, deux ou trois jours, par la mixture de M. Liégard. Une névralgie sciatique, une névralgie crurale, une névralgie faciale et une névralgie frontale, ont cédé avec la même facilité. Trois cas de névroses graves se sont comportés de la même manière. A la suite de ces observations, l'auteur affirme que deux fois la potion a réussi à dissiper des attaques de spasmes épileptiformes et *six danses de Saint-Guy*. La même potion a été utile dans la coqueluche et dans la phthisie pulmonaire et dans les maux de dents. Voici la formule de la mixture et de la potion :

Mixture.

Eau distillée de laitue.	} āā ℥jj.
— de laurier-cerise .	
Extrait de tridace.	gr. xv.
— de belladone.	gr. vj.
— de jusquiame	gr. viij.
— de stramoine.	gr. x.

Potion.

Eau distillée de laitue. . . .	℥j.
— de laurier-cerise.	ʒij.
Extrait de thridace.	gr. xij.
— de belladone.	gr. vj.
— de stramoninm.	gr. viij.
— de jusquiame	gr. x.
Sirop de valériane	℥j.

La potion se prend par cuillerées à café, une, deux ou trois fois dans la journée ; pour la mixture, on la donne à la dose de cinq à dix gouttes dans de l'eau sucrée ; si c'est pour administrer intérieurement, et à la dose d'une cuillerée à café pour application extérieure. Ces deux modes d'administration s'emploient simultanément.

M. Liégard paraît être de l'opinion de ceux qui disent : *Non numerandæ sunt observationes sed ponderandæ* ; car il pourrait, dit-il, en citer beaucoup d'autres, mais il n'a voulu publier que les plus décisives. En effet, il n'est pas possible de ne pas reconnaître l'effet du médicament dans les guérisons citées ; et, d'ailleurs,

nous ne croyons pas devoir élever le moindre doute sur leur exactitude, le caractère honorable de l'auteur étant propre à inspirer toute la confiance possible. Nous sommes d'autant plus portés à y croire que nous avons nous-mêmes, dans notre pratique, plusieurs fois obtenu de semblables résultats avec des moyens analogues. Ainsi, tout en accordant une confiance un peu moins générale à la mixture, et en attendant que de plus nombreuses expériences prononcent si les affections rhumatismales et nerveuses auront une *guérison prompte et facile*, nous la regardons comme un moyen puissant dans beaucoup de cas, et nous n'hésiterons pas à l'employer dans l'occasion.

Le deuxième point de pratique traité par notre auteur, c'est le traitement de la hernie étranglée : il rapporte une dixaine d'observations à l'occasion desquelles il donne des préceptes très-judicieux sur le temps et la manière d'opérer. Il insiste surtout sur la forme, le nombre et la résistance de certains filaments d'adhérences qui servent à distinguer le sac herniaire de l'intestin.

Au sujet du débridement de la hernie crurale, il a inventé un petit instrument d'une simplicité extrême, qui lui a parfaitement réussi, et avec lequel on a peu à craindre de diviser les vaisseaux importants qui se trouvent presque toujours sur la voie du bistouri. Cet instrument n'est autre chose qu'une spatule en acier ou en argent, dont la palette, moins large qu'à l'ordinaire et plus recourbée, offre une pointe mousse et des bords un peu plus tranchants : la partie la plus large n'a que six lignes et elle n'est éloignée de la pointe que de neuf lignes. Cette spatule s'introduit sur la pulpe de l'indicateur dont l'extrémité est, autant que possible, engagée dans l'ouverture. Les fibres aponévrotiques sont distendues et déchirées plutôt que coupées, tandis que le cordon spermatique qui est moins fixe et moins tendu est repoussé par l'instrument. Cette spatule a l'avantage sur le bistouri de J.-L. Petit, de Pott et autres, d'être plus simple, plus commode à manier, et de distendre les fibres aponévrotiques aux deux extrémités opposées de l'ouverture crurale en même temps ; cette dernière circonstance surtout fait que leur tension est plus forte, et la progression de l'instrument moindre vers les parties voisines ; de là, division plus facile et danger

moins grand pour les vaisseaux. Nous croyons cette spatule destinée à prendre place dans l'arsenal chirurgical.

Suivent deux observations de Volvulus et quelques réflexions sur l'opportunité de l'opération dans cette maladie.

Quelques cas de fièvre cérébrale très-graves ont été traités par M. Liégard, au moyen des frictions mercurielles à hautes doses. Le succès a dépassé pour ainsi dire les espérances. Comment ce médicament admirable, qui a eu une si grande efficacité dans tant de maladies différentes, exerce-t-il sa puissance sur les fonctions vitales?

Un petit instrument assez ingénieux inventé pour l'excision du col de l'utérus est mentionné et décrit. Un célèbre chirurgien *hystérotomiste* de la capitale, ayant été chargé d'en faire un rapport à l'Académie, ne voulut pas que cette invention sortît de l'obscurité de la province : il a gardé un silence obstiné.

La septième partie des Mélanges de médecine et de chirurgie pratique est une dissertation sur le cathétérisme dans les rétentions d'urine. Une bougie-sonde a été encore imaginée par l'auteur, pour réunir les avantages de la bougie avec ceux de la sonde. Cet instrument est une sonde ordinaire qui présente au-delà de ses yeux un prolongement plein, d'un pouce et demi de long, à la manière des bougies. Après la description de cet instrument et du cathétérisme en général, viennent des remarques très-sages et très-détaillées, et des faits à l'appui pour le traitement des rétrécissements de l'urètre.

En racontant des opérations de cataracte faites par lui, l'habile chirurgien de Caen expose les inconvénients graves de ce préjugé, qui attribue exclusivement aux oculistes de passage et à ceux de la capitale des opérations que les chirurgiens de province feraient tout aussi bien et avec plus d'avantage pour les malades. C'est ce que nous avons pensé et dit cent fois nous-mêmes; mais la mode sera toujours la reine du monde. Les plus beaux succès du chirurgien de province, et surtout d'un chirurgien de campagne, ne lui feront jamais tant de renommée que la plus mince opération *suivie d'autopsie* du chirurgien de Paris.

Les métastases et les crises font le sujet d'une des parties les plus intéressantes de l'ouvrage que nous analysons. La lecture en a été

très-attrayante pour nous, tant à cause des faits curieux qui y sont consignés, qu'à cause des vrais principes de la médecine naturelle, de la médecine hippocratique que l'auteur y professe. Elle nous a fait désirer vivement de voir paraître bientôt un ouvrage *ex professo* sur cette matière, auquel M. Liégard travaille.

Il rend compte ensuite de plusieurs cas d'emploi avantageux de l'émétique à haute dose dans la pneumonie, et du seigle ergoté dans l'accouchement, pour aider à dissiper les préjugés grossiers qui existent encore sur ces deux médicaments chez plusieurs médecins. Cette intention de notre auteur ne paraîtra pas déplacée à quelqu'un qui, comme nous, aura entendu dire depuis 1830 à un professeur d'accouchement, dans une Faculté, qu'il n'avait vu que trois fois donner le seigle ergoté : qu'à ces trois fois les femmes avaient accouché d'un enfant mort, et que *dans l'état actuel de la science*, on ne saurait rien prononcer sur ce médicament (1).

Des injections froides dans la veine ombilicale pour opérer le décollement du placenta, un mode particulier de tamponnement en cas d'hémorrhagie utérine, l'acupuncture dans les rhumatismes, et la compression circulaire très-exacte des membres au-dessus du point malade avant et pendant les opérations, terminent la série des faits cliniques.

Un certain nombre de cas plus ou moins rares sont ensuite rapportés et commentés. Voici les principaux : un cas d'absence des eaux de l'amnios, au moins dans les derniers temps de la grossesse ; une cloison forte et solide dans le vagin, ne présentant qu'une très-petite ouverture à son centre, et rendant l'accouchement naturel impossible ; un cas de vomissement mortel pendant la grossesse ; et un de gangrène spontanée du membre inférieur gauche.

Il y a quelque chose à apprendre sous le point de vue pratique en lisant les mélanges de médecine et de chirurgie de M. Liégard. Les faits qui y sont consignés n'ont point été choisis ni façonnés pour

---

(1) On est tellement habitué à entendre cette phrase prétentieuse et emphatique, qu'elle échappe même quelquefois à des esprits sages et modestes ; je voudrais qu'au lieu de dire : l'état actuel de *la* science, on dît : l'état actuel de *ma* science. (N. A.)

étayer un système ou aucune idée préconçue. Leur caractère en fait l'importance, plus que leur nombre, pour éclairer des questions de thérapeutique. Ce que l'ouvrage perd pour n'avoir pas d'unité, il le regagne par son actualité et son caractère positif. Il n'a point de ce remplissage, de cet entourage décoloré que beaucoup d'auteurs fabriquent avec effort pour accompagner une idée principale.

Le style n'en est ni fleuri, ni élégant, mais il est simple et correct, ce qui convient aussi bien à la gravité de notre profession que le plus beau style académique.

La lecture de ce livre nous a suggéré une idée : c'est qu'il serait à souhaiter que l'exemple de M. Liégard fût suivi par plusieurs médecins consciencieux et éclairés comme lui, exerçant loin des grands théâtres scientifiques : leur expérience offrirait un répertoire précieux pour la science pratique. CHAUVIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des maladies cancéreuses, ouvrage posthume de G.-L. Bayle, médecin de l'hôpital de la Charité et de l'empereur Napoléon, etc.; précédé du portrait de l'auteur et d'une notice historique sur sa vie et ses ouvrages ; revu, augmenté et publié par son neveu A.-L.-J. Bayle, docteur en médecine, agrégé en exercice et bibliothécaire adjoint de la Faculté, médecin des dispensaires, membre de l'académie médico-chirurgicale de Naples, etc. — Tome second, prix : 7 fr. — Paris, 1839. — Chez M. Gautret, rue Servandoni, 17, et chez tous les libraires de Paris et des départements.

Traité de thérapeutique et de matière médicale; par A. Trousseau, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, professeur particulier de thérapeutique et de matière médicale, chevalier de la Légion-d'Honneur; et H. Pidoux, docteur en médecine, professeur particulier de thérapeu-

tique. — 3 vol. in-8°, prix : 19 fr. — Paris, Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-médecine, 4.

De la fièvre typhoïde, de sa nature et de son traitement ; par Gaussail, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique, etc. (mémoire qui a remporté au concours la première médaille d'or, décernée par la Société royale de médecine de Toulouse). — Un vol. in-8° broché, 1839, 3 fr. 50 cent.

Relation de la maladie de Broussais, suivie de quelques réflexions pratiques sur les obstructions du rectum ; par J.-Z. Amussat, membre de l'Académie royale de médecine, 1839. — In-8° broché, 1 fr. 25 cent.

Traité pratique des accouchements ; par F.-J. Moreau, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants, à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Maternité : 10e et 11e livraisons de l'Atlas de planches in-folio, contenant le mécanisme de l'accouchement naturel, dans les quatre temps de la première position oblique du sommet, dans les second et troisième temps de la quatrième position directe du sommet, dans les premier et second temps de la seconde position de la face, dans les cinq temps de la première position des fesses, dans la seconde position des genoux, dans la troisième position des pieds, dans la quatrième position des fesses. — Prix de chaque livraison, figures noires, 4 fr. ; — figures coloriées, 8 fr.

L'Atlas aura 14 à 15 livraisons in-folio. Tous les souscripteurs recevront, *gratis*, les deux volumes in-8° de texte.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

TABLES.

1839. TOME I.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

INTRODUCTION à l'étude des sciences médicales; par M. P.-J.-B. Buchez. (Analyse par M. le docteur Cerise), 5.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

COUP-D'ŒIL sur les progrès de la chirurgie en 1838, 10, 161, 321.

OPÉRATION pratiquée par M. Récamier pour la cure radicale d'une hydropisie enkystée de l'ovaire; observation rédigée par M. Fauvel. (Avec figures), 19.

— Description de l'opération, par M. Récamier, 38.

RECHERCHES sur le diagnostic des maladies de poitrine chez les enfants; par C. Taupin (Suite et fin), 44.

MÉLANGES cliniques; par M. le docteur Payan,— Restauration des lèvres ou chéiloplastique, 181.

— Traitement de la gangrène sénile par l'opium, 202.

— Lithotritie et taille, 348.

— Du seigle ergoté dans les paralysies, 357.

— Traitement arabique contre la syphilis, 368.

RECHERCHES et expériences par MM. d'Arcet et Petit, sur les qualités chimiques du lait, dans leurs rapports avec la santé des enfants et le choix des nourrices, 211.

VARIOLE confluente mortelle survenue six semaines après la guérison d'une variole discrète; par le docteur Renouard, 219.

RAPPORT sur les mémoires envoyés pour le concours ouvert en 1836 par la Société de médecine de Paris, sur cette question : *Quelle est, d'après les faits, la puissance de la médecine sur le développement et la marche des fièvres éruptives?* 382.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES. Traité des études médicales; par E.-F. Dubois (d'Amiens). (Analyse par M. A. Lagasquie), 67.

— De l'hystérotomie après la mort de la mère : thèse médico-légale; par M. Devilliers fils. (Analyse par M. Téallier), 223.

— Traité des maladies des femmes et de l'hygiène de leur sexe; par M. Colombat (de l'Isère). (Analyse par M. F.), 233.

— Campagne de Constantine de

1837, avec planche explicative; par M. Ch. Sédillot. (Analyse par M. Corby), 402.

Revue analytique et critique des journaux de médecine français. Nouveau point de suture pour l'opération du bec-de-lièvre. — Degré de certitude du diagnostic dans les maladies de l'appareil cérébro-spinal. — Séméiologie des affections du cœur — Addition à l'histoire de la notencéphalie. — Épidémie d'embarras gastriques et de fièvres bilieuses. — Constitutions érysipélateuses qui règnent habituellement à l'Hôtel-Dieu de Paris, etc., 80.

— (*Février.*) Enfants trouvés. — Inflammations et abcès du sein. — Stomatite mercurielle et emploi des mercuriaux. — Propriétés anti-odontalgiques du copahu. — Nouveau topique contre les engelures, 237.

(*Mars.*) — Rapports entre le ramollissement cérébral et les symptômes qu'on lui attribue. — Etat du sang dans les différentes maladies. — Incertitude des signes diagnostiques de l'albuminurie. — Albumine donnée en boisson et en lavements dans la dysenterie. — Sang des scrofuleux. — Douches et affusions froides dans l'aliénation mentale. — Déchirures du périnée et de la cloison recto-vaginale chez la femme. — Variété de dysenterie, 412.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

Revue des journaux de médecine italiens. Accidents causés par l'introduction de l'air dans les veines. — Exemple remarquable de fécondité : accouchement de cinq enfants. — Traitement de la dysenterie par l'acétate de plomb à haute dose, etc., 97.

Revue des journaux de médecine anglais et américains. Gangrène de la jambe à la suite d'une fracture de cuisse, par suite de la pression exercée par un des fragments sur l'artère et la veine crurales. — Observation d'anévrysme disséquant de l'aorte. — Blennorrhagie compliquée de rhumatisme et d'ophthalmie. — Apoplexie produite par la rupture d'un anévrysme de l'une des branches de l'artère cérébrale moyenne. — Abcès du foie ouvert simultanément dans l'estomac et le péricarde. — Névralgie du testicule, 247.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Institut de France. (*Janvier.*) Fille bicorps d'Alger. — Nouvelles considérations sur l'hématose. — Emploi de la gélatine dans l'alimentation, etc., 114.

(*Février.*) Recherches sur les nerfs du goût. — Non-contagion de la peste. — Structure intime des os, 269.

Académie royale de médecine. (*Janvier.*) Mort et éloge de M. Huzard. — Fièvre jaune au Mexique. — Phrénologie. — Nouveau forceps céphalotribe. — Appareil pour les bains à vapeur. — Altérations du sang chez les animaux domestiques, etc., 121.

(*Février.*) De la mortalité et de la folie dans les prisons. — Élection de M. Jolly à l'Académie. — Renversement complet de l'utérus. — Nouvel appareil utéro-vaginal. — Tournis chez

l'homme. — Luxation congéniale du fémur. — Empoisonnement par l'acide arsénieux. —Introduction de l'air dans les veines, 274.

(*Mars.*) Empoisonnement par l'acide arsénieux. — Eaux minérales de Vichy contre les affections calculeuses. — Épidémie typhoïde de Toulon. — Morve aiguë chez l'homme. — Hydropisie de la matrice. — Compression et raréfaction de l'air sur toutes les parties du corps par les appareils de M. Junod. — Luxations congénitales du fémur.— Emploi de la sabine contre la syphilis. — Chimie organique et médecine légale, 432.

Société de médecine de Paris. (*Janvier.*) Discussion sur le danger prétendu de l'usage du lait pendant l'épizootie actuelle des vaches à Paris. — Auscultation artificielle. — Tumeur purulente du bassin.--Couenne du sang, 131.

(*Février.*) Curabilité des tubercules pulmonaires. — Consultation médico-légale sur cette question : Un homme atteint de trismus a-t-il pu dicter son testament? 291.

(*Mars.*) Médication vomitive.— Tétanos survenu à la suite de l'application d'un cautère, 448.

VARIÉTÉS.

(*Janvier.*) Association des médecins de Paris. Compte-rendu de l'assemblée générale annuelle du dimanche 20 janvier 1839, 149. — Réclamations de M. le docteur Blaud sur le mode d'administration de ses pilules ferrugineuses, 152.

(*Février.*) Lettre adressée à l'Académie royale de médecine, pour réclamer, contre M. Leroy-d'Etiolles, la priorité de plusieurs inventions; par M. Guillon, 299.

(*Mars.*) Concours pour l'aggrégation dans les sciences accessoires à la Faculté de médecine, 449. — Prix proposés et décernés par la Société royale de médecine de Bordeaux et par la Société médicale d'Indre-et-Loire, 452. — Opiat dentifrice du docteur Quesneville, 460.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Delarroque, Mémoire sur la fièvre typhoïde, sur les diverses formes qu'elle peut présenter, et sur le traitement qui lui est applicable, 155.

Duparcque, Traité théorique et pratique des altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice, 157.

Martin-Solon, De l'albuminurie, ou hydropisie causée par maladie des reins 316.

Dezeimeris, Lettres sur l'histoire de la médecine, 319.

Hunter. Œuvres complètes, 461.

Gerdy, Recherches et observations sur les eaux minérales d'Uriage, près Grenoble, 464.

Liégard, Mélanges de médecine et de chirurgie pratiques, 466.

Bulletin bibliographique, 159, 471.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES AUTEURS.

A.

Abcès du sein, 240.
— du foie, ouvert dans l'estomac, puis dans le péricarde, 263.
Aberrations (De quelques) en médecine, 95.
Accouchement de cinq enfants, 99.
Acétate de plomb (Emploi de l') contre la dysenterie, 101.
Affections du cœur (Séméiologie des), 87.
Affusions froides dans l'aliénation mentale, 426.
Aggrégation (Concours pour l') à la Faculté de Paris, 455.
Albumine contre la dysenterie, 421.
Albuminurie, 316, 420.
— (Incertitude des signes diagnostiques de l'), 420.
Aliénation mentale (Emploi des douches dans l'), 426.
Allaitement par une femme de plus de 50 ans, 103.
Altérations simples et cancéreuses de la matrice, 157.
Anévrisme de l'aorte, 249, 257.
Apoplexie causée par la rupture d'un anévrisme de l'artère cérébrale moyenne, 262.
Appareil de M. Lecomte pour les bains à vapeur, 124.
— (Nouvel) utéro-vaginal de M. Cliet, 279.
Arabique (Traitement) contre la syphilis, 368.
Arsénieux (Empoisonnement par l'acide), 284, 433.
Artichauts (Emploi de la racine d') contre la fétidité de la transpiration, 164.
Association des médecins de Paris (Assemblée générale de l'), 149.
Auscultation artificielle, 137.

B.

Bardou. Stomatite mercurielle, 244.
Bec-de-Lièvre (Nouvelle suture pour le), 81.
Benoiston de Châteauneuf. Enfants trouvés, 287.
Blennorrhagie, 258.
Bordeaux (Prix décernés et proposés par la Société de médecine de), 456.
Bouchacourt. Progrès de la chirurgie en 1838, 10, 162, 321.
Buchez. Études des sciences médicales, 5.

C.

Camphre (Propriété anti-odontalgique du), 246.
Cataracte (Guérison spontanée d'une), 94.
Chaleur (Influence thérapeutique de la), 119.

Champignons vénéneux (Empoisonnement par les), 96.
Chéiloplastie, 181.
Chimie organique et médecine légale, 446.
Chirurgie (Progrès de la), 10, 161, 321.
Ciguë (Extrait de), contre les inflammations de poitrine, 110.
Ciot-Bey. Non-contagion de la peste, 271.
Colchique dans le traitement de la goutte, 109.
Colombat (de l'Isère). Maladies des femmes, 233.
Concours pour l'aggrégation à la Faculté de médecine de Paris, 455.
Constantine (Expédition de), 402.
Constitutions érysipélateuses habituelles à l'Hôtel-Dieu de Paris pendant certains mois de l'année, 91.
Consultation médico-légale sur la possibilité de dicter un testament avec un trismus, 291.
Corps vitré (Ossification du), 112.
Couenne du sang (Causes de la), 142.
Cure radicale de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, 19.

D.

D'Arcet et *Petit*. Recherches sur le lait, 211.
Delarroque. Fièvre typhoïde, 155.
Dentition (Apparition de la première) à l'âge de 17 ans, 111.
Devilliers. Hystérotomie, 223.
Dezeimeris. Lettres sur l'histoire de la médecine, 319.
Diagnostic des maladies de poitrine chez les enfants, 44.
— (Degré de certitude du) dans les maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83.
Douches employées dans l'aliénation mentale, 426.
Dubois-d'Amiens. Traité des études médicales. (Analyse par M. Lagasquie), 87.
— Sang des scrofuleux, 424.
Duparcque. Altérations simples et cancéreuses de la matrice, 157.
Dysenterie (Traitement de la) par l'acétate de plomb à haute dose, 101.
— (Traitement par l'albumine), 421.
— (Observation sur une variété de), 431.

E.

Eaux minérales d'Uriage, 464.
Élections de l'Académie pour 1839, 128.
Eléphantiasis de la mamelle, 442.
Embarras gastrique (Epidémie d'), 90.
Empoisonnement par les champignons vénéneux, 96.
— Par l'acide arsénieux, 284, 438.
Enfants trouvés, 237.
Epidémie d'embarras gastrique et de fièvre bilieuse, 90.
— typhoïde de Toulon, 439.
Etiologie du pied-bot congénital, 125.
Extraction par le forceps d'une petite bouteille introduite dans le rectum, 108.

F.

Fauvel. Observation d'une opération pour la cure radicale de l'hydropisie de l'ovaire, 19.
Fécondité extraordinaire (Exemple remarquable de), 97.
Fièvre jaune au Mexique, 121.
— typhoïde (Mémoire sur la), par M. Delarroque, 155.
— bilieuse (Epidémie de), 90.

Fièvres intermittentes (Traitement des) par la neige, 110.
Fille bi-corps d'Alger, 115.
Folie dans les prisons, 274.
Forceps (Nouveau) céphalotribe, 128.
Forget. Degré de certitude du diagnostic des maladies de l'appareil cérébro-spinal, 83.
Fracture de la cuisse, 247.

G.

Gangrène sénile (Traitement de la) par l'opium, 202.
— de la cuisse, suite de fracture, 247.
Gélatine (Emploi de la) dans l'alimentation, 117.
Goutte (Emploi du colchique contre la), 109.
Grossesse (Incertitude des signes de la), 106.
Guérin (Jules). Pied-bot congénital, 125.
Guillon. Réclamation contre M. Leroy-d'Etiolles, 299.
Guillot. Notencéphalie, 89.
Guyot. Influence thérapeutique de la chaleur, 119.

H.

Hématose (Nouvelles considérations sur l'), 115.
Hémiplégie intermittente coïncidant avec une fièvre tierce, 94.
Hermaphrodisme, 105.
Hunter. Œuvres complètes, 461.
Huzard (Mort et éloge de M.), 121.
Hystérotomie, 223.

I.

Inflammation du sein, 240.
Influence thérapeutique de la chaleur, 119.
Introduction à l'étude des sciences médicales, 5.
— de l'air dans les veines, 98, 289.
— d'une petite bouteille dans le rectum, 109.

J.

Jolly (Election de M.) à l'Académie, 278.
Junod (Appareils de M.), 442.

L.

Lagasquie. Analyse du Traité des études médicales de M. Dubois-d'Amiens, 67.
Lait (Prétendu danger de l'usage du) pendant l'épizootie actuelle des vaches, 131.
— (Recherches sur les qualités chimiques du), 241.
Lettres sur l'histoire de la médecine, 319.
Leuret. Douches dans l'aliénation mentale, 426.
Liégard. Mélanges de médecine et de chirurgie, 466.
Lithotripsie (Pratique de la) en Italie, 106.
— et taille, 348.
Lombrics (Sortie de) par un abcès ombilical, 113.
Luxations congénitales du fémur, 443.

M.

Maladies de poitrine chez les enfants, 44.
— des femmes, 238.
Martin-Solon. Albuminurie, 316.
Matrice (Hydropisie de la), 440.
Médication vomitive, 448.
Mercuriaux (Emploi des), 244.
Mondière. Traitement de la dysenterie par l'albumine, 421.
Morve aiguë chez l'homme, 469.

N.

Neige (Usage de la) contre les fièvres intermittentes, 110.
Nerfs du goût, 269.
Névralgie du testicule, 269.

O.

Ophthalmie, 259.
Opiat dentifrice du docteur Quesneville, 460.
Opium contre la gangrène sénile, 202.
Orfila. Empoisonnement par l'acide arsénieux, 284, 433.
Os (Structure intime des), 273.

P.

Paraplégies (Seigle ergoté contre les), 357.
Payan, 181, 202, 348.
Périnée (Déchirure du) chez la femme, 130.
Peste (Non-contagion de la), 271.
Petrequin. Auscultation artificielle, 137.
Phrénologie, 123.
Pied-bot congénital (Étiologie du), 125.
Prisons (Mortalité et folie dans les), 274.
Prix proposés et décernés par la Société de médecine de Bordeaux, 456.
— par la Société de médecine d'Indre-et-Loire, 459.
Progrès de la chirurgie en 1838, 10, 162, 321.

R.

Raciborski. État du sang dans les différentes maladies, 417.
Ramollissement cérébral, 412.
Récamier. Opération pour la cure radicale d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, 19.
Réclamation du docteur Blaud sur le mode d'administration de ses pilules, 152.
— de M. Guillon contre M. Leroy d'Étiolles, 299.
Renouard. Variole confluente mortelle à la suite d'une variole discrète, 218.
Renversement de l'utérus, 276.
Revaccinations, 125.
Rhumatisme sur différentes articulations, 258.

S.

Sabine (Emploi de la) contre la syphilis, 445.
Sang (Altération du) chez les animaux domestiques, 124.
— (État du) dans les différentes maladies, 417.
— des scrofuleux (Recherches sur le), 424.
Sciences médicales (Introduction à l'étude des), 5.
Sécrétion du lait et allaitement chez une femme de plus de 50 ans, 103.
Section du tendon d'Achille, 102.
Sédillot. Rapport sur l'expédition de Constantine, 402.
Seigle ergoté contre la paraplégie, 357.
Séméiologie des affections du cœur, 87.
Spéculum de M. Ségalas, 130.
Stomatite mercurielle, 244.
Suture nouvelle pour le bec-de-lièvre, 81.
Siphylis (Traitement arabique contre la), 368.
— traitement par la sabine, 445.

T.

Taupin. Maladies de poitrine chez les enfants, 44.
Testicules (Névralgie des), 269.
Tétanos traumatique (Cas de guérison de), 111.
— survenu à la suite de l'application d'un cautère, 449.